



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Educação
Mestrado de Psicogerontologia Comunitária



**Representações Sociais dos Profissionais de Saúde do Suporte
Social dos Idosos na Urgência Hospitalar**

Maria de Fátima Luzia Martins

Beja
2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Educação
Mestrado De Psicogerontologia Comunitária



**Representações Sociais dos Profissionais de Saúde do Suporte
Social dos Idosos na Urgência Hospitalar**

**Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação
do Instituto Politécnico de Beja**

Maria de Fátima Luzia Martins

Orientadora Prof^a Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Beja

Resumo

O envelhecimento da população é um dos principais problemas atualmente existentes em todo o mundo, o aumento e a expansão dos problemas relativos ao envelhecimento introduziram a necessidade de se compreender melhor uma fase da existência que também faz parte do ciclo da vida humana (Fonseca, 2006 p.8). É preciso que a sociedade atualize esta informação e se prepare para a vinda duma geração mais velha; assim, parece-nos relevante conhecer como a sociedade atual percebe este novo grupo etário que tem vindo a aumentar nos últimos tempos, marcando a sua presença em vários contextos, obrigando à criação e à preparação de serviços para fazer face às suas necessidades.

A presente investigação tem como base compreender quais as representações sociais dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, situado em Beja, no Baixo Alentejo, no que diz respeito ao suporte social dos idosos em contexto hospitalar. Pretende-se conhecer de que forma estes profissionais vêem os idosos que recorrem ao serviço de urgência em relação ao suporte social. A amostra foi constituída por pessoas de diferentes classes profissionais: médicos, assistente social e enfermeiros que fazem parte do Serviço de Urgência. Aplicou-se um inquérito especificamente criado para o efeito a 32 enfermeiros; ao enfermeiro chefe do serviço de urgência, 5 médicos e assistente social optou-se por uma entrevista Semiestruturada. A entrevista e o inquérito foram elaborados através de um guião no sentido de saber quais representações sociais dos profissionais em relação ao suporte social dos idosos. A análise dos inquéritos foi efetuada através do programa SPSS e as entrevistas foram sujeitas a uma análise de conteúdo.

Os resultados obtidos nesta investigação, permitiram-nos compreender que nem sempre a representação que os profissionais têm sobre um acontecimento, corresponde à realidade e que diferentes classes profissionais têm opiniões diversas acerca do mesmo fenómeno. Observámos que a abordagem e intervenção efetuadas por cada profissional depende da sua área de atuação, e que por vezes este não está preparado para a população idosa, verificámos que o género e as

patologias dos idosos que recorrem ao serviço de urgência foram referidos de forma diversa por diferentes classes profissionais. Os participantes consideraram que, cada vez mais os idosos que recorrem ao serviço de urgência fazem-no por motivos sociais e não só por motivos de saúde. A desresponsabilização por parte das famílias é um dos aspetos fundamentais referenciado, sugerindo-se o envolvimento da família como a solução de muitos dos problemas dos idosos que recorrem ao serviço de urgência. Os cuidados prestados aos idosos no serviço de urgência poderiam ser melhorados através da comunicação, com os familiares, fornecendo informações importantes para a intervenção dos profissionais e debates multidisciplinares com os vários grupos profissionais. A solidão foi outro dos aspetos que os profissionais apontaram como sendo prejudicial para a vida dos idosos, pois sozinhos não conseguem ter os cuidados necessários com a sua saúde. O apoio social prestado aos idosos é apontado pelos participantes como insuficiente para as necessidades, pois existem idosos a que o apoio não chega. Os problemas deveriam ser detetados nos centros de saúde, permitindo que se inicie o quanto antes o processo com vista a intervir no sentido de solucionar os problemas dos idosos. A alteração das políticas sociais poderia ser uma das soluções apontadas para que se possa intervir com mais eficácia, junto dos idosos que cada vez mais, são em grande número.

De acordo com a análise efetuada, foi elaborado um projeto que se divide em duas partes, sendo que a primeira será denominada “Juntos pelo Idoso”, com vista a promover formação aos profissionais de saúde, para que possam trabalhar em conjunto e intervir da melhor forma possível junto dos idosos; a segunda parte do projeto, consiste na criação de um gabinete de atendimento a idosos em urgência (GAIU), com o objetivo de dar apoio aos idosos e seus familiares, fazendo de elo de ligação com os serviços existentes, nomeadamente o serviço social e a consulta de gerontopsiquiatria da instituição, assim como da comunidade.

Palavras - Chave: Idoso, Saúde, Doença, Representações Sociais, Profissionais de Saúde, Suporte Social, Urgência Hospitalar

Abstract

The aging population is one of the currently existing worldwide problems, the growth and expansion of aging-related issues introduced the need to better understand a phase of existence which is also part of the human life cycle (Fonseca, 2006 p.8). It is necessary that society update this information and prepare for the coming of an older generation; so, it seems relevant to know how the current society see this new age group has increased in recent times, marking its presence in various contexts, forcing the creation and preparation services to meet their needs.

This research is based on understanding what the social representations of health professionals in the Emergency Hospital José Joaquim Fernandes Service, located in Beja, Alentejo, with regard to the social support of the hospital setting in the elderly. We want to know how these professionals are the elderly who use the emergency service in relation to social support. The sample was made up of people from different professional groups: doctors, social workers and nurses who are part of the ER. Applied a survey specifically designed for this purpose to 32 nurses; the head nurse of the emergency department, 5 doctors, social workers opted by a semi-structured interview. The interview and survey were developed through a script in order to know which social representations of professionals in relation to the social support of the elderly. The analysis of the surveys was performed using SPSS and the interviews were subjected to content analysis.

The results obtained in this study allowed us to understand that not always the representation that professionals have about an event corresponds to reality and different professional groups have different opinions about the same phenomenon. Observed that the approach and intervention carried out by each employee depends on your area of expertise, and that sometimes it is not prepared for the elderly, we found that gender and diseases of the elderly who use the emergency department were referred to differently by different professional classes. Participants believed that more and more elderly people who use the emergency department do it for social reasons and not only for health reasons. The irresponsibility on the part of families is one of the fundamental aspects referenced, suggesting the involvement of the family as the solution to many of the problems of the elderly who use the emergency department. The care for the elderly in the emergency room could be improved through communication with the family, providing important information for the intervention of professionals and

multidisciplinary discussions with the various professional groups. Loneliness is another of the aspects that professionals have pointed out as being detrimental to the life of the elderly, because alone cannot take the necessary precautions with their health. Social support for the elderly is appointed by participants as insufficient to the needs, as there are seniors that support is not enough. The problems should be detected in health centers, allowing you to start as soon as possible the process to intervene to solve the problems of the elderly. Changing social policies could be one of the solutions suggested so that it can intervene more effectively with the elderly who are increasingly in large numbers.

According to the analysis performed was prepared a project which is divided into two parts, the first of which is called "Together for the Elderly" to promote training for health workers so they can work together and act in the best possible way among the elderly, the second part of the project is the creation of an office to service the urgency in the elderly (GAIU), aiming to support the elderly and their families, making a link with existing services, including service social and Gerontopsychiatry query institution and the community.

Key - Words: Elderly, Health, Illness, Social Representations, Health Professionals, Social Support, Emergency Hospital

“ Não é justo, não é humano somente prolongar a vida dos que já ultrapassaram a fase de homens adultos, quando se não lhes dá condições para uma sobrevivência digna (...) é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos, do que anos à vida precariamente vivida”

(Netto, 2002, p.9)

Agradecimentos

À Profª Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria, pela disponibilidade, estímulo e orientação;

Ao Conselho de Administração do Hospital José Joaquim Fernandes, pela autorização para a recolha de dados necessários para a investigação;

Agradeço a todos os profissionais que se disponibilizaram para que fosse possível a realização desta investigação;

À minha família pelo apoio e carinho;

Às minhas colegas de mestrado que sempre foram uma força para avançar;

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que fosse possível a realização da investigação.

Índice

Índice de Gráficos.....	10
Índice das Tabelas	10
Índice dos Quadros	10
Introdução.....	11
Parte I - Enquadramento teórico	15
1. Envelhecimento	15
1.1 Envelhecimento saúde e doença	16
1.2 Envelhecimento Ativo	19
1.3 Patologias no Envelhecimento	21
1.3.1 Doenças Crónicas	21
1.3.2 Riscos a partir dos 65 anos	23
2. Suporte Social.....	25
2.1. Serviços de Apoio Social.....	26
3. Representações Sociais.....	28
3.1 Relações Interpessoais	29
3.2 Representações Sociais e Saúde	30
3.3 Relação Terapêutica	32
4. Psicogerontologia Comunitária	33
Parte II - Estudo empírico	35
5. Metodologia.....	35
5.1 Objetivo e Tipo de estudo.....	35
5.2. Caracterização do Local do Estudo	35
5.3 Participantes	35
5.4 Instrumentos de Recolha de Dados.....	36
5.5 Procedimentos	36
5.6. Tratamento de Dados.....	37
6. Apresentação dos Resultados	37
6.1. Análise do Inquérito	37
6.2 Análise das Entrevistas.....	46
6.3. Representações Sociais dos profissionais de saúde acerca dos idosos que recorrem ao Serviço de Urgência	47
7. Discussão dos resultados	51
Parte III - Proposta Projeto de Intervenção.....	55
8. Proposta de Intervenção	55
8.1. Justificação do Projeto de Intervenção	55
8.2. Projeto “Juntos pelo Idoso”	56
8.2.1 Objetivo Geral	56
8.2.2 Objetivos Específicos	57
8.2.3 Atividades a Desenvolver.....	57
8.2.4 Cronograma das atividades.....	58
8.3 Avaliação	58

Conclusão	60
Referências Bibliográficas.....	64
Apêndice.....	70
I Pedido de Autorização à Instituição	71
II Autorização da Instituição	73
III Consentimento Informado	75
IV Guião de Entrevista	76
V Guião Inquérito	78
VI Entrevista.....	80
VII Inquérito.....	84
VIII Análise de Conteúdo.....	89

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Apresentação dos Resultados das Representações Sociais dos Enfermeiros em Relação ao Grau de Dependência dos idosos	38
Gráfico 2 Representações Sociais dos Enfermeiros Sobre as Patologias	39
Gráfico 3 Representações Sociais dos Enfermeiros Sobre a Satisfação com o Apoio Social	42
Gráfico 4 Representações Sociais dos Enfermeiros Sobre os Motivos da Insatisfação/Satisfação dos idosos sobre o Apoio Social	43
Gráfico 5 Representações Sociais dos Enfermeiros Sobre como Melhorar o Apoio Social	44

Índice das Tabelas

Tabela 1 Representações Sociais dos Enfermeiros.....	40
Tabela 2 Representações Sociais dos Enfermeiros.....	40
Tabela 3 Representações Sociais dos Enfermeiros.....	40
Tabela 4 Apoio Social	41
Tabela 5 Relação Profissional/utente Idoso.....	44
Tabela 6 Relações Interpessoais	45
Tabela 7 Sugestões	45

Índice dos Quadros

Quadro 1 Caracterização dos entrevistados.....	47
Quadro 2 Representações Sociais dos profissionais de saúde acerca dos idosos.....	48
Quadro 3 Representações sociais sobre o suporte social dos idosos em urgência hospitalar	54

Introdução

O envelhecimento demográfico é consequência do declínio da fecundidade e o aumento da longevidade (Paúl, & Ribeiro, 2012), estes dois fatores em conjunto são preocupantes, na medida em que, existindo cada vez mais, um menor número de jovens e um maior número de idosos, torna-se difícil dar resposta às necessidades dos mais velhos.

A conjuntura atual é propícia a que as famílias tenham menos possibilidades e menor disponibilidade para cuidarem dos mais velhos, hoje em dia, as mulheres deixaram o lar para trabalhar fora, quer seja por necessidade económica, emancipação ou por integrarem famílias monoparentais. Eram estas, as que permaneciam em casa e que acabavam por cuidar dos idosos, os cuidadores por norma são membros da família e mulheres que prestam os cuidados aos idosos de forma parcial ou até mesmo a tempo inteiro, Mestheneos e Triantafillou, (2005) citado em Marques (2011).

Uma vez que atualmente as mulheres têm um papel diferente no mercado de trabalho, os idosos acabam por ficar sozinhos, e sem suporte social que é considerado um fator protetor segundo Pinheiro e Ferreira, (2002), que afirmam que a solidão pode diminuir através do suporte social assim como, melhorar a autoestima, o humor, o stress, e a visão otimista da vida. Os que deixarem de ter o suporte social, que até agora os seus antepassados tinham e não tenham alternativa a não ser ficar sozinhos, terão dificuldades, pois a maior parte das suas atividades diárias não as conseguem fazer com sucesso, descureando muitas das vezes a alimentação e a medicação. Alguns estão em centros de dia, o que não é solução, pois durante a noite ficam sozinhos, os lares são a única alternativa, mas apenas os que têm condições económicas conseguem facilmente ser institucionalizados.

A institucionalização muitas vezes não é possível dada a insuficiência de estruturas na comunidade ou a sobrelotação das mesmas, nomeadamente devido ao aumento da esperança média de vida. Os idosos, muitas vezes sentem-se sozinhos e a não ter a quem recorrer, acabando por se deslocarem ao serviço de

urgência. O que poderia ser menos frequente ou até não acontecer, se os cuidadores dos idosos fossem sujeitos a intervenção adequada para suprir as suas necessidades e tivessem acesso a redes de apoio próprias para idosos e seus familiares segundo Chan *et al.* (2008) & Wong *et al.* (2008) citado em Marques (2011). Após a alta da urgência deveria ser feito um planeamento, para verificar as necessidades e por outro lado aumentar a qualidade de vida dos idosos, evitando uma nova ida ao serviço de urgência, reduzindo custos, pois as repetidas hospitalizações em doentes crónicos levam a gastos elevados. Roy *et al.*, (2008); Bauer *et al.*, (2009) citado em Marques (2011).

O serviço de urgência faz parte do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que se define segundo o (artigo 1) por ser um “conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministério da Saúde, porém este serviço não é o que satisfaz todas as necessidades que a saúde exige (Silva, 2011).

No entanto existem programas da Organização Mundial de Saúde conjuntamente com a Direção Geral de Saúde, que foram desenvolvidos com a finalidade de dar apoio aos idosos, que são o Apoio Integrado a Idosos (PAII), o Programa Idosos em Lar (PILAR) e o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS), definidos pelo Ministério da Saúde e que contam com a parceria da Direção Geral de Saúde (2008) Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Ainda assim, parecem não ser suficientes as medidas adotadas, ou então não estão a ser aplicadas corretamente, pois continuam a existir muitos idosos que não são alvo destes programas e se encontram com necessidades por suprir.

Estes programas inserem-se no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que assenta em três pilares fundamentais: a promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas. (Direção Geral de Saúde, 2004)¹.

¹ Acedida em 12 Dezembro de 2015. Disponível em:

<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

A Organização Mundial de Saúde (1947) apresenta a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas ausência de doença (Lopes, Saraiva, Fernandes e Ximenes, 2010). Assim, não são só as doenças que provocam mau estar nos idosos, estes necessitam mais do que apoio ao nível do bem-estar físico, outros aspetos como a saúde mental e a sua integração na sociedade são de extrema importância para que possam ter um envelhecimento ativo.

O presente estudo pretende saber de que forma os profissionais de saúde percecionam o suporte social dos idosos que recorrem ao serviço de urgência, os profissionais intervenientes pertencem a várias classes profissionais e são no fundo, aqueles que contactam com o idoso no processo de atendimento na urgência.

Assim sendo, a pergunta que se coloca passa por perceber “quais as representações sociais dos profissionais de saúde em relação ao suporte social dos idosos que recorrem ao serviço de urgência”, objetivo geral deste estudo é conhecer de que forma os profissionais, percecionam o suporte social dos idosos em contexto hospitalar. O estudo realizado é de carácter exploratório, transversal qualitativo e quantitativo. Deste modo, o estudo visa o conhecimento das representações sociais dos profissionais de saúde em relação ao suporte social, circuito que é percorrido pelo idoso, o modo como os profissionais interagem entre si e vêm aqueles que por vários motivos recorrem ao serviço de urgência do hospital, ainda que alguns não necessitem de cuidados urgentes de saúde.

A investigação foi realizada no Hospital José Joaquim Fernandes situado, em Beja, capital do Baixo Alentejo, onde a população é bastante envelhecida. O trabalho encontra-se dividido em três partes a primeira parte, contempla o enquadramento teórico que se divide, em, Envelhecimento; Envelhecimento Saúde e Doença; Envelhecimento Ativo, Patologias no Envelhecimento, Doenças Crónicas, Riscos a partir dos 65 anos, Suporte Social, Serviços de Apoio Social, Representações Sociais, Relações Interpessoais; Representações Sociais e Saúde; Relação Terapêutica e Psicogerontologia Comunitária, em que se pretende demonstrar através da teoria os estudos realizados nestas áreas fundamentais para este trabalho.

A segunda parte denominada estudo empírico divide-se em Metodologia; objetivo e tipo de estudo, caracterização do local estudo, participantes, onde se clarifica a população a estudar, instrumentos de recolha de dados que neste caso, utilizou-se a entrevista semiestruturada, os inquéritos aplicados aos profissionais de saúde, procedimentos e tratamento de Dados.

Da Metodologia faz parte também a Apresentação dos Resultados que é constituída pela Análise das Entrevistas e inquéritos sobre as Representações Sociais dos profissionais de saúde acerca dos idosos que recorrem ao Serviço de Urgência. Através da discussão de resultados, pretende-se apresentar alguns autores que justifiquem os mesmos.

Na terceira parte, será apresentada a Proposta de Projeto de Intervenção denominada “Juntos pelo Idoso“ onde será desenvolvida a proposta de intervenção, ou seja a estratégia de intervenção junto destes profissionais de saúde, a justificação do projeto e do tema, que na primeira parte consiste numa ação de formação para os profissionais de saúde, e a segunda a criação de um gabinete de apoio ao idoso (GAIU), os objetivos gerais, os objetivos específicos, as atividades a desenvolver, cronograma da atividades e por último a divulgação e avaliação do projeto. A última parte do estudo é composta pela conclusão, e a bibliografia consultada ao longo de toda a investigação.

Parte I - Enquadramento teórico

1. Envelhecimento

As primeiras noções de envelhecimento em medicina faziam crer que as alterações biológicas eram determinantes nas mudanças fisiológicas e mentais do ser humano, mais tarde o avanço da ciência social veio a desenvolver uma abordagem holística dando relevância às diferenças culturais, alterando assim a noção de envelhecimento (Vaz, 2008). Ao estudarmos o percurso de cada indivíduo, podemos conhecer todo o meio que o envolve e assim verificar que os diferentes percursos influenciam no envelhecimento, o conhecimento e o meio social podem provocar no ser humano um envelhecimento mais saudável ou não.

O processo de envelhecimento ganhou desde o início do século XXI um grande relevo e prioridade de estudo, a evolução sociodemográfica faz com que a velhice seja algo que de extrema importância estudar e conhecer mais, acerca da segunda etapa da vida humana, visto que cada vez se vive mais e com melhor qualidade de vida. A velhice segundo os gerontólogos, passa por uma transformação do aspeto exterior de qualquer ser humano, o aparecimento de rugas, cabelos brancos, diminuição da visão e audição e reflexos são algumas das alterações que vão ocorrendo com o passar dos anos (Duarte Silva, 2005).

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) “prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento” (OMS, 2002). Este é um dos motivos pelos quais é necessário estudar os idosos, para conhecer a melhor abordagem, e preparar um futuro que se adivinha de grande número de idosos, visto estes se encontrarem em maior número do que os jovens.

O envelhecimento é de acordo com Fonseca (2006, p. 53), “um processo bio-psico-social de cariz individual (...), o envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhe estão inerentes”. Cada indivíduo é um ser único, no entanto existem fatores comuns que

torna o envelhecimento um processo apazível para uns mas não para a totalidade dos idosos. Segundo Almeida, Batinas e Rita citado em Ricarte, (2009,p27) a OMS (Organização Mundial de Saúde) convencionou que “(...) o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde” Almeida, Batinas & Rita, citado por Ricarte, (2009, p. 27). Apesar da definição ser uniforme para todos os idosos, as condições em que envelhecem não são iguais, o acesso aos serviços de saúde e a estruturas necessárias quer físicas quer materiais não é igual para todos, as questões económicas e geográficas têm influencia na sua condição e por consequência da forma como envelhecem.

Fontaine (2000), afirma que as mulheres têm uma esperança média de vida significativamente maior do que a dos homens, logo existem mais mulheres do que homens, e que à medida que vão envelhecendo se vai acentuando mais.

De acordo com Oliveira citado em Simões (2006,p.105)

"Os idosos de hoje não só são mais saudáveis, mas também mais instruídos, e sê-lo-ão, cada vez mais, no futuro. (...) Mais saudáveis, mais longevas, mais instruídas, tais serão as novas gerações dos idosos. Em relação às gerações anteriores, de tal modo é diferente a sua velhice que poderá considerar-se uma nova velhice. E serão os sujeitos desta nova velhice que constituirão a nova clientela para a educação”.

O envelhecimento será encarado cada vez mais de uma forma positiva, a mentalidade dos jovens vai mudando à medida que se vai conhecendo mais acerca do fenómeno envelhecimento, o nível de instrução dá origem a diferentes formas de viver a velhice, levando a que estes possam usufruir de vários serviços disponíveis para esta faixa etária, que lhes são acessíveis através do conhecimento.

1.1 Envelhecimento saúde e doença

Os estudos afirmam que o envelhecimento progressivo da população é uma característica do século XXI, inicialmente este envelhecimento apenas se verificava nas sociedades desenvolvidas, progressivamente as sociedades menos desenvolvidas devido ao aumento da esperança média de vida à nascença, começaram a ter uma população mais velha, ainda que seja com menor idade. O século XX caracterizou-se pelo

crescimento da população, sobretudo dos mais velhos e pelo declínio da natalidade, já o século XXI será o século do envelhecimento global.

O crescimento da esperança média de vida nas sociedades desenvolvidas deve-se ao acesso aos cuidados de saúde, conhecimento médico, técnicas de diagnóstico e o desenvolvimento da indústria farmacêutica em conjunto com o desenvolvimento económico e social Duarte et al (2014). Os avanços da medicina foram uma das causas de extrema importância para que os idosos possam viver mais anos e com melhor qualidade de vida.

“Numa época de desafios imprevisíveis para a saúde, sejam devidos às mudanças climáticas, às doenças infecciosas emergentes ou a uma próxima bactéria a desenvolver resistência aos medicamentos, uma tendência é certa: o envelhecimento das populações está a evoluir rapidamente em todo o mundo.” (Dra. Margaret Chan, Diretora-geral da Organização Mundial da Saúde, 2015)²

Por conseguinte, a população está cada vez mais envelhecida, devido a baixa natalidade, aos avanços da medicina e consequentemente ao aumento da esperança média de vida. Hoje, vive-se mais do que em outros tempos, o acesso à saúde e a melhoria das condições de vida, são fatores de extrema importância para este fenómeno; assim como as condições económicas em que o mundo inteiro se encontra, fazendo com que nasçam menos crianças e que existam mais pessoas idosas.

O envelhecimento provoca alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, que ocorrem de modo natural e gradual, podendo variar com a idade, com os genes de cada um e do modo como se vive. Zimmerman (2000), para este autor o processo de envelhecimento inicia-se desde que se nasce. As diferenças que vão surgindo ao longo do tempo dependem muito da sua carga genética, do meio envolvente, das suas vivências e da forma como encaram todo o processo.

Todo aquele que conseguir superar de forma positiva a degradação a que o corpo está sujeito, terá muito mais força interior para continuar criando objetivos de vida, ainda que se encontre no final da etapa, o que faz com que estas pessoas possam desencadear um processo de envelhecimento ativo.

² Acedida em 12 Dezembro de 2015. Disponível em <http://www.app.com.pt/relatorio-mundial-de-envelhecimento-e-saude-da-organizacao-mundial-da-saude-oms-2015>

O risco de inúmeras patologias inerentes ao envelhecimento, podem ser minimizadas pelos estilos de vida, de acordo com em Baltes et al, citado em Fonseca, (2006), os nossos hábitos podem agravar ou amenizar as doenças características da idade, tudo o que fazemos com o nosso corpo terá consequências mais cedo ou mais tarde, daí ser necessário ter em atenção com o que comemos e como vivemos.

As situações patológicas associadas ao envelhecimento podem afetar as necessidades alimentares e nutricionais dos idosos, assim como a toma de medicamentos podem causar problemas sociais e culturais (ADA, 2010). A medicação, que muitas vezes é essencial à sobrevivência dos idosos pode alterar a forma como vivem junto dos demais. Certas doenças podem limitar a nossa alimentação, visto existirem patologias que impedem que comamos certos alimentos necessários a uma alimentação saudável, mas além das doenças físicas também as doenças mentais, como as depressões que podem causar um afastamento da sociedade não só pela patologia, como também pelo fato de certas medicações alterarem o dia-a-dia destes doentes.

A saúde e bem-estar dos idosos podem sofrer alterações, estas alterações podem ser causadas pela alimentação, nutrição associadas a fatores ambientais, podendo ser condicionantes da qualidade de vida dos idosos de acordo com Baltes et al, (2002) citado em (ADA, 2005).

A Organização Mundial de Saúde, refere que a qualidade de vida associada ao envelhecimento é considerada, um

“ conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente” (WHO, 2002).

De acordo com esta perspetiva, a saúde e a qualidade de vida dos idosos pode estar condicionada pela alimentação, assim como por todos os fatores inerentes a cada indivíduo, com o envelhecimento também surgem inúmeras doenças características desta faixa etária. Sendo que algumas condicionam todo o normal processo de relacionamento com os outros e de autossuficiência.

O risco de doença cardiovascular também pode ser influenciado pela alimentação, assim sendo o que comem os idosos pode ser fator de prevenção a um enorme número de

doenças; a memória dos idosos também pode ser estimulada se houver uma alimentação rica em produtos hortícolas de acordo com Baltes et al, citado em (ADA, 2002).

A Alimentação está na base de uma vida saudável, revelando-se ainda mais importante nesta faixa etária, muitos idosos mantêm um bom estado de saúde continuando a sentir-se bem e saudáveis na velhice, ninguém permanece saudável sem nada fazer por isso, é necessário cuidarmos de nós próprios, da saúde e do bem-estar. Os cuidados a ter com a alimentação, aliados a uma participação ativa na sociedade, são fatores determinantes para uma vida saudável quer a nível físico como psicológico, pois sem este conjunto, não é possível que se envelheça com saúde.

“A saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social” segundo a OMS (1948) citado em Fonseca, (2006), o fato de não estarmos fisicamente doentes não quer dizer que não estejamos psicologicamente e socialmente desajustados, vários são os fatores que nos impedem de seguirmos o nosso caminho sem percalços. A conjugação destes fatores é fundamental para um envelhecimento bem-sucedido.

O Estudo do envelhecimento é, portanto, o estudo das transformações das atividades psicológicas durante a vida do indivíduo (p.45). São estas que ditam o percurso psicológico de cada um. Nem todos os nossos órgãos e funções psicológicas envelhecem ao mesmo ritmo. Algumas pessoas mostram-se resistentes ao envelhecimento, chegando mesmo a mostrar melhor desempenho com a idade, ao passo que outras declinam ao sofrerem um processo patológico (Fontaine, 1999 p.15).

Podemos então dizer, que o envelhecimento é um conjunto de fatores, físicos, psíquicos e sociais que cada indivíduo possui e que de acordo com a forma como se ultrapassou cada acontecimento das várias fases da vida, assim se pode viver com mais ou menos qualidade de vida.

1.2 Envelhecimento Ativo

A qualidade de vida foi alvo de grandes abordagens a nível mundial no final do século XX e no início deste século, tendo o ano 2012 sido o ano europeu do envelhecimento ativo e que tem como objetivo a promoção do envelhecimento, a nível do emprego, participação na sociedade e autonomia. Baltes (1987), citado em Oliveira, (2005) diz que existem fatores determinantes para um envelhecimento bem- sucedido, que estão

ligados à idade cronológica, ao período histórico em que se vive e a história pessoal de cada um. A sensibilização feita em torno do envelhecimento ativo visa proporcionar aos mais velhos um papel ativo na sociedade e uma boa qualidade de vida, com o reconhecimento dos mais jovens, que serão os idosos do futuro.

No final dos anos 90 o termo envelhecimento ativo foi adotado pela OMS, para definir um envelhecimento que vai além da saúde dos idosos, reconhecendo que existem outros fatores importantes para o envelhecimento, e que este seja visto de forma holística.

O contínuo relacionamento e participação na vida social é um dos fatores que proporcionam aos idosos um bem-estar que se traduz a nível psicológico e que a OMS (2002) define como envelhecimento ativo, “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida”

O conceito envelhecimento ativo é muitas vezes precedido ou trocado por outras conceções como o “envelhecimento saudável, positivo, com êxito, produtivo” ou com a qualidade de vida do idoso, o que faz com que crie alguma controvérsia (Pereira, 2012, p.208), para este autor o envelhecimento ativo é um conjunto de fatores que só todos reunidos transformam o envelhecimento em ativo, “envelhecimento ativo deve potenciar o bem-estar físico, social e mental das pessoas ao longo de todo o ciclo da vida, assim como a sua participação na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto lhes são providenciados proteção, segurança e cuidados adequados (Pereira, p.208)”.

A OMS define que os determinantes do envelhecimento ativo são transversais, nomeadamente a cultura o género, os determinantes sociais e económicos; os determinantes do ambiente físico e do acesso à saúde e serviços sociais e por fim os determinantes comportamentais e individuais.

Assim sendo, o envelhecimento ativo está interligado com o conceito de inclusão social e por sua vez com o conceito de saúde. Esta relação deve-se ao facto de em todas as fases da vida as pessoas necessitarem de valorização das suas qualidades e estarem aptas para o desempenho dos seus papéis sociais.

O termo “ativo” está relacionado com a participação que os idosos podem continuar a ter mesmo nesta etapa da vida, a nível social participando em atividades sociais, económicas, e alguns continuam a trabalhar, a participação cultural, espiritual e cívica

pois os anos trazem com eles a experiência e o saber que os jovens não possuem (OMS,2002).

Os idosos nem sempre reagem da mesma forma a situações idênticas, cada ser é único e as suas reações também não se repetem, assim a Organização Mundial de Saúde diz que:

“Os fatores que influenciam a saúde das pessoas idosas são individuais (comportamentos, alterações relacionadas com a idade, fatores genéticos e doenças) e relacionados com o ambiente em que vivem (habitação, tecnologias de apoio, transportes e serviços e apoios sociais e de saúde) o que é necessário para um envelhecimento saudável passa por mudar mentalidades sobre o envelhecimento e as pessoas idosas, criar ambientes amigáveis para todas as idades, adequar os sistemas de saúde às necessidades das pessoas idosas e desenvolver sistemas de cuidados de longa duração” Dra. Margaret Chan, Diretora-geral da Organização Mundial da Saúde,2015) ³

A qualidade de vida dos idosos pode ser melhorada através de um conjunto de profissionais especializados.“As equipas multiprofissionais de assistência em saúde podem, portanto, melhorar a qualidade de vida não somente atuando nos aspectos biológicos e psicológicos, mas sustentando e estimulando o desenvolvimento de relações sociais de amizade e da espiritualidade” Segundo Almeida & Maia (2010) citado em Neves et al. (2013).

1.3 Patologias no Envelhecimento

1.3.1 Doenças Crónicas

De acordo com OMS Organização Mundial de Saúde citado em (Quadrante, 2005) as doenças crónicas, são hoje consideradas responsáveis pela elevada taxa de mortalidade e morbilidade na europa, os avanços da medicina têm conseguido diminuir o avanço da mortalidade na doença aguda.

Segundo Quadrante (2005) a doença crónica é definida pela OMS, como uma doença de longa duração e em geral de progressão lenta, estas doenças englobam um variado

³ Acedida em 12 Dezembro de 2015. Disponível em <http://www.app.com.pt/relatorio-mundial-de-envelhecimento-e-saude-da-organizacao-mundial-da-saude-oms-2015>

leque de patologias que vão desde problemas cardiovasculares a problemas respiratórios, psiquiátricos, doenças oncológicas, diabetes entre outros, o termo “doença crónica” é utilizado para designar patologias que são persistentes e que necessitam permanentemente de cuidados.

Algumas das doenças crónicas estão associadas aos estilos de vida e fazem parte do grupo de doenças relacionadas com os fatores de risco, tais como os hábitos tabagísticos, alimentação incorreta, stress, falta de atividade física e hábitos sedentários, convergindo nas elevadas taxas de mortalidade e morbilidade resultantes destes comportamentos, apesar das doenças crónicas não estarem relacionadas diretamente com a idade, é nesta faixa etária que elas são mais frequentes.

O envelhecimento da população, trás consigo um aumento de doenças crónicas, uma vez que uma doença diagnosticada num idoso não se prevê cura, nesta fase a saúde não é medida pela doença, mas sim pelo grau de incapacidade que esta pode provocar no idoso, transformando os seus hábitos de vida muitas vezes radicalmente.

Os idosos são portadores de pelo menos uma doença crónica, não ficando todos afetados no seu dia-a-dia, o facto de estes idosos serem portadores de doença crónica não significa que não sejam idosos saudáveis, comparados com outros que não consigam controlar estas patologias. Ramos, (2003), por vezes a medicina consegue contornar a doença, para que o idoso consiga manter o seu desempenho nas atividades de vida diárias, provendo as suas necessidades básicas.

A definição de saúde da OMS, ausência de doenças não se enquadra nesta teoria, pois não são muitos os idosos que vivem sem doenças, Ramos (2003) considera que o importante na velhice é o grau de autonomia de cada idoso para poder continuar a ser independente e gerir a sua vida sem necessitar da ajuda de terceiros, ainda que tenha doenças.

O controlo da doença crónica é a prevenção, os profissionais de saúde devem estimular a população a terem hábitos de vida saudáveis, visitarem regularmente o médico com o objetivo de realizarem um diagnóstico precoce. A mudança de hábitos de uma vida são muitas vezes mais difíceis de alterar e manter do que seguir um tratamento medicamentoso, caso o idoso consiga seguir á risca todas as indicações, poderá ser possível aumentar assim a qualidade e o tempo de vida.

Segundo Lima, Debert, Berquó, citado em Lima, Silva & Galhardoni (2008) “ estão bem estabelecidas estimativas que apontam que, até o ano de 2025, teremos um número de idosos que ultrapassará os trinta milhões, e com diferentes tipos de velhice, isto é, construídas por meio de trajetórias diversas, ora acompanhadas por altos níveis de comorbidades e doenças crônicas, ora por saúde e bem-estar”, o número de idosos continuará a aumentar independentemente de serem portadores de doenças crônicas.

1.3.2 Riscos a partir dos 65 anos

OMS (Organização Mundial de Saúde) convencionou que “(...) o idoso é todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo ou estado de saúde” Almeida, Batinas & Rita, citado em Ricarte, (2009, p. 27). Como já foi referido, podemos considerar então que todas as pessoas com mais de 65 anos, são idosos, no entanto isso não implica que não sejam saudáveis e independentes e continuem a viver da mesma forma como qualquer outra pessoa mais nova, no entanto, este grupo encontra-se sujeito a mais riscos do que outros, visto que existem inúmeros fatores para que assim seja, como é referido no Guia de Prevenção para idosos.

O Guia de Prevenção: Risco Domésticos para os Idosos (s/d)⁴ alerta o fato de os idosos viverem sozinhos ser um fator potenciador, o que faz com que os riscos sejam maiores, as quedas, são um dos riscos mais frequentes, muitas das vezes devido a iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes, degraus, móveis no caminho entre outros.

A probabilidade de queda vai aumentando com a idade 30% das pessoas com 65 ou mais anos, caem pelo menos uma vez por ano, devido aos reflexos que vão ficando mais lentos e a força muscular diminui, assim como a visão e a audição. Para além das doenças mais comuns entre os idosos tais como: diabetes, hipertensão, reumatismo entre outras, também a toma de certos medicamentos pode provocar alguns efeitos adversos, sonolência e que reduzem os reflexos.

As características individuais inatas ou adquiridas de cada um, podem ser fatores de risco para a saúde dos idosos, alguns destes fatores podem ser alterados, mudando-os

⁴ Acedida em 11 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.fundacionmapfre.com.br/Portal/Fundacao/Arquivos/Download/Upload/381.pdf>
www.fundacionmapfre.com.br

através de medidas preventivas ou recorrendo a tratamento para recuperação da saúde do idoso, as medidas de prevenção são de enorme interesse para que os idosos possam disfrutar da sua velhice com qualidade evitando os riscos mais comuns.

Existem fatores que não são passíveis de serem alterados como a idade e o sexo, a idade é considerada o melhor indicador do risco de morte, pois existe mais probabilidade de sofrer de uma doença crónica ou de ter algum grau de incapacidade. A idade também impossibilita a capacidade de desempenhar algumas atividades de vida básicas, como alimentar-se vestir-se higiene entre outros; se juntarmos a esta condição doenças crónicas características da idade como hipertensão, diabetes que podem levar o idoso a ser hospitalizado, que pode ser um fator de risco visto que a sua saúde pode piorar com infeções adquiridas em meio hospitalar, assim como o isolamento social a que o idoso fica sujeito com o internamento, por vezes após a alta hospitalar alguns dos idosos não conseguem recuperar o seu desempenho funcional anterior ao internamento.

O sexo, como já foi referido anteriormente é um dos fatores de risco mais importantes de morte entre os idosos, sendo o sexo masculino o mais afetado, a maior longevidade das mulheres, pode ser devido à procura de serviços de saúde por motivo da maternidade e não só, o que poderá facilitar e prevenir a doença. As diferenças biológicas também são um fator protetor para as mulheres, as hormonas femininas na idade fértil protegem a mulher em relação a problemas cardiovasculares.

O ambiente onde as mulheres vivem e circulam em relação ao dos homens também pode ser um fator protetor, os trabalhos executados pelos homens potenciam maiores riscos de acidentes. O hábito de fumar e de consumo de álcool também é mais frequente entre o sexo masculino, o que aumenta o risco de contrair inúmeras doenças, no entanto estes hábitos podem ser também associados às mulheres visto que cada vez há mais mulheres a consumir álcool e a fumar. As doenças cardiovasculares estão no topo das doenças com maior risco de mortalidade, juntamente com as doenças do aparelho respiratório que afetam ambos os sexos.

2. Suporte Social

O aumento progressivo da esperança média de vida e as dificuldades económicas que se verificam na atualidade, levam a que cada vez mais exista a preocupação com o suporte social aos gerontes que nesta fase da vida necessitam de vários tipos de apoio.

Com o passar dos anos o ser humano tende a ficar dependente e cada vez mais isolado, a velhice faz com que a independência de outros tempos se transforme e altere a vida de todos os longevos, assim torna-se necessário arranjar forma de colmatar esta dependência quer através do apoio de instituições quer de familiares e muitas das vezes por amigos ou vizinhos.

Siqueira, (2008), define suporte social como um processo interativo no qual ajudas de ordem emocional, instrumental ou financeira são obtidas de redes sociais.

Nem sempre as necessidades são colmatadas através das redes sociais, muitas das vezes basta haver colaboração por parte daqueles que se encontram mais próximos e com disponibilidade para que se consiga ultrapassar todas as barreiras, ou pelo menos a maior parte delas, que são parte integrante da idade. O suporte social é o grau em que as necessidades sociais de uma pessoa são satisfeitas através de sua interação com outros, os gerontes têm de arranjar forma de lidar com os problemas e de superar obstáculos enfrentar as adversidades inerentes a esta fase da vida, a que chamamos resiliência, a rede de suporte social torna-se um fator da resiliência na velhice Siqueira, (2008).

Verifica-se, que quem está mais presente na vida destas pessoas é familiar das mesmas, sendo em alguns casos vizinhos com laços afetivos muito grandes e que conseguem suprir a ausência da família, no entanto “A maior parte dos cuidados prestados a crianças e idosos verifica-se no seio da família e faz parte da interação familiar” Paúl (1994), citado em Paúl e Ribeiro (2012)

O suporte social, quer por parte da família, quer de vizinhos ou até mesmo de amigos próximos é uma mais-valia para todos aqueles que se sentem dependentes de uma ou de outra forma dos cuidados de terceiros. Não só o suprimento das necessidades básicas é importante, como também os laços que os unem e que transformam esta vida solitária em algo gratificante e reconfortante para ambas as partes, o suporte social é considerado capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, guardando uma estreita relação com bem-estar, Siqueira, (2008).

Hoje em dia, por via das dificuldades que as famílias ultrapassam os cuidados, que em outros tempos eram da exclusividade da família, são agora na grande maioria dos casos,

tratados através das instituições direcionadas para os idosos. O cuidado às pessoas idosas com alguma incapacidade ou dependência, historicamente atribuído aos familiares descendentes e desenvolvido no espaço privado do domicílio, foi sendo transferido para a responsabilidade das instituições (Figueiredo, 2007).

Os idosos de outros tempos tinham uma rede de suporte ao nível familiar, o que de acordo com alguns autores era potenciador de uma melhor condição física e mental, pois estes dois conceitos andam de mãos dadas, o que não se verifica atualmente por diversos fatores.

A transferência de cuidados da família para as instituições pode provocar nos idosos um corte com a sua realidade, podendo propiciar um mal-estar psíquico, mas nem sempre se verifica este corte, pois muitos dos familiares continuam a ir buscar os seus idosos às instituições e devolvem-nos ainda que por algum tempo ao seu “mundo”.

A literatura sugere que a existência de uma rede social ativa, acessível, estável e integrada tem um efeito positivo na saúde do indivíduo, de acordo com Alarcão e Sousa (2007), citado em Duarte et al., (2014), as nossas famílias são nucleares enquanto as de outros tempos continham três gerações na mesma habitação, o que facilitava o acompanhamento dos mais velhos, também o fato de as mulheres procurarem trabalho fora de casa, faz com que se torne muito difícil manter os idosos no seu habitat.

Cada vez se torna mais difícil voltar a esta situação de famílias alargadas, pois todos aqueles que atingem a maioridade, sonham em ter a sua própria casa independente do resto da família, no entanto, podemos constatar que a falta de emprego é potenciadora a que estes adultos continuem em casa dos pais, podendo facilitar a continuação dos mais velhos junto da família.

Podemos então dizer, que o suporte social, quer seja familiar ou de instituições é para os idosos uma peça fundamental na vida de todos aqueles que chegam a esta etapa da vida, com mais ou menos dificuldades de autonomia.

2.1.Serviços de Apoio Social

Os idosos podem recorrer no caso de perda de autonomia em primeira instância à família, muitas das vezes o cônjuge é quem assume a prestação de cuidados assim como descendentes, parentes colaterais ou todos em conjunto.

Os serviços de apoio domiciliário são outra alternativa, que se baseia na prestação de cuidados de alimentação, higiene, tratamento de roupa entre outros e que são uma alternativa para o idoso permanecer no seu próprio ambiente sem ter que sair do seu lar. Não havendo a possibilidade de permanência em suas casas os idosos podem recorrer aos centros de dia e aos lares de acordo com a sua condição, por outro lado, a prestação de cuidados informais por parte dos vizinhos ou por parte de voluntários, é muita das vezes a alternativa a que muitos idosos recorrem em caso de necessidade.

Os autores referem, que anterior à década de 50 a resposta para os idosos a quem a família não pudesse responder, era apenas o internamento em asilos ou albergues se fosse um problema social, se fosse de saúde em meio hospitalar, não havendo outro tipo de resposta para a idade solidão ou isolamento.

Após a década de 60 a sociedade foi-se apercebendo que era necessário outro tipo de acompanhamento para estas situações, mudando-se inclusive o nome asilo para lar e ao mesmo tempo apareciam os primeiros centros de dia e centros de convívio, com o mesmo fim dos centros de dia mas mais vocacionados para o lazer dos idosos.

Na década de 70 iniciou-se uma política que se mantém até aos dias de hoje que consiste em manter o idoso no seu ambiente o maior tempo possível, na década de 80 deu-se início aos serviços de apoio domiciliário, que conseguem com que o idoso permaneça no seu domicílio, na década de 90 surgiu um novo conceito, Acolhimento familiar de idosos que em Portugal não tem muita expressão que consiste em os idosos serem acolhidos em casas de pessoas idôneas mas que não é muito viável devido à dificuldade em arranjar famílias disponíveis.

Oficialmente as respostas sociais em Portugal reconhecidas pela Segurança Social são oito, que passamos a apresentar:

- Centro de convívio (CC), baseada em atividades sócio recreativas e culturais organizadas numa comunidade pelos seus idosos;
- Centro de dia (CD), que permite que os idosos permaneçam em suas casas ainda que apenas durante o período noturno;
- Lares para idosos onde os idosos permanecem com prestação de cuidados de saúde higiene, conforto;
- Residências, em que os idosos vivem em apartamentos com serviços de utilização comum;

- Serviços de apoio domiciliário (SAD) baseado na prestação de cuidados no domicílio;
- Acolhimento familiar de idosos (AFI), acolhimento de idosos em famílias consideradas idôneas;
- Centro de acolhimento temporário de emergência para idosos, baseado no acolhimento temporário a idosos em caso de emergência social;
- Centro de noite (CN), uma alternativa à institucionalização para idosos que conseguem realizar as suas atividades diárias mas que se sentem sós ou isolados perturbando o seu bem-estar no domicílio durante o período da noite;

No entanto nem todos os idosos têm acesso a estes serviços, uns devido a falta de informação, condições económicas e outros encontram-se geograficamente fora do alcance de todos estes serviços.

3.Representações Sociais

O conceito de representação social, surge em 1961 através de Moscovici com o objetivo de explicar a origem do pensamento social, para Moscovici, (1984) as representações são o resultado da partilha de conhecimento, são um fenómeno que significam uma forma de conhecimentos dos grupos e que nascem nas relações interpessoais, assim o quotidiano de cada um é fator determinante nas relações que se mantêm com os outros. O senso comum ou o conhecimento acerca de algo, pode ser chamado teoricamente de representação que o indivíduo tem acerca de determinado assunto, ainda segundo Moscovici, (1984, p.33)

“A noção de representação social coloca-nos, portanto no cruzamento entre o psicológico e o social. Diz respeito, primeiramente, à forma como nós, sujeitos sociais apreendemos os acontecimentos sociais do quotidiano, os dados do nosso ambiente, as informações que nele circulam, as personagens que nos rodeiam, de perto ou de longe”.

Em suma, o conhecimento “espontâneo”, “ingénuo”, pelo qual as ciências sociais tanto se interessam hoje em dia e ao qual se costuma chamar o conhecimento do senso comum, ou ainda, o pensamento natural, por oposição ao pensamento científico. Este conhecimento, constitui-se a partir das nossas experiências, mas também das informações, saberes, modelos de pensamento que recebemos e transmitimos pela

tradição, pela educação e pela comunicação social, trata-se, pois, em muitos aspetos, de um conhecimento socialmente elaborado e partilhado.

Os autores dizem, que as representações sociais contrapõem-se ao pensamento científico, visto estas fazerem parte das ciências sociais, não podendo ter a objetividade das ciências exatas, são no fundo ideias do nosso quotidiano que se vão construindo através da interação com os outros, que se vão elaborando de acordo com o meio cultural onde vivemos, as representações sociais são no fundo toda a carga genética e social que cada um tem e que são transformadas em ideias.

De acordo com Wagner (2003, p.16) as representações sociais são “construções historicamente e socialmente determinadas e cavalgam na interface entre muitas ciências sociais e méritos (...) exigem ser investigadas usando conceitualizações de psicologia, psicologia social, antropologia cultural, história e sociologia...”, pois as representações sofreram alterações ao longo da história, evoluindo de acordo com a época. O ser humano tem a sua própria representação social de acordo com todo o seu processo de crescimento, quer seja a nível pessoal como académico. As vivências e a carga genética que cada ser humano possui, são determinantes para a forma como cada um percebe cada situação. A representação social é um fenómeno que demonstra a forma de conhecimento dos grupos, nasce nas relações interpessoais e pode ser explicada como um conjunto de acontecimentos que se originam no dia-a-dia de todos nós.

3.1 Relações Interpessoais

As relações interpessoais são de extrema importância em todas as situações da vida, no que diz respeito a profissionais de saúde não é diferente, ainda mais, porque a forma como se relacionam interfere com o bem-estar dos doentes.

Segundo Hobgood et al. (2002), os profissionais de saúde ao comunicarem com o doente, devem fazê-lo de forma que seja de fácil compreensão, ou seja, expressarem –se claramente, para que não haja dúvidas, e neste caso, os idosos percebiam tudo o que envolve a sua doença. Tratar o doente com respeito e empatia faz com que estes aumentem o seu grau de satisfação, pois esta está relacionada com a informação recebida; logo melhorando o seu estado de saúde, através de compreensão e adesão ao tratamento.

É essencial que toda a equipe de profissionais estabeleça uma boa relação com os doentes, para que possa existir um bom funcionamento da instituição de saúde, evitando conflitos entre os utentes e os profissionais.

Hobgood et al. (2002), acerca da avaliação da comunicação e competências interpessoais num serviço de urgência hospitalar, considera como fatores essenciais a esta relação, existir escuta ativa, empatia, objetividade, demonstrar respeito pelas diferenças culturais, demonstrar capacidade de resolução de conflitos, no fundo ensinar e aprender atitudes para uma comunicação efetiva.

Para evitar a divisão de cuidados, a comunicação entre profissionais e a coordenação de ações é de importância vital, daí vão depender os resultados em saúde e satisfação profissional, deverá existir uma boa relação profissional, não só para que os doentes saiam beneficiados mas também os profissionais possam conviver em harmonia Evanoff et al. (2002).

A comunicação entre os profissionais de saúde é muito importante, pois é a partir desta que se processa a continuidade dos cuidados, logo, uma má comunicação pode levar a más práticas profissionais. As passagens de turno são um momento crucial de comunicação onde por vezes por falha, se perde informação, segundo Duffy et al. (2004) são passíveis de provocar incidentes e por em risco a segurança do doente.

O trabalho em equipa com base numa boa comunicação, constitui motivo de satisfação profissional e pessoal. É necessário que cada profissional respeite o papel do outro assim como as suas competências. Deve haver uma comunicação interdisciplinar para que todo o processo seja feito com harmonia e bem-sucedido.

3.2 Representações Sociais e Saúde

Com o passar dos anos, o ser humano tende a ficar dependente e cada vez mais isolado, é na velhice que se dá a alteração e transformação da vida de todos os que aqui chegam, é necessário arranjar forma de proporcionar aos idosos maneiras de amenizar estas alterações, quer através do apoio de instituições, quer de familiares e muitas das vezes por amigos ou vizinhos.

Siqueira (2008) considera, que é através do grau de suprimento das necessidades sociais e da sua relação com os outros se pode definir suporte social, o grau de ajuda destas relações é que define apoio social, pois se o idoso apenas tiver pontualmente a ajuda de terceiros não se pode considerar apoio social, este necessita ser diário para que se considere existir apoio social.

Siqueira, (2008), definiu suporte social como o grau em que as necessidades sociais de uma pessoa são satisfeitas através de sua interação com outros, só quando a ajuda proporcionada por outros for suficiente para que suprima todas as necessidades da pessoa, é que se pode considerar suporte social.

São os mais velhos que mais necessitam de apoio social, pelos mais variados motivos, o apoio pode produzir efeitos positivos, quer a nível da saúde física como mental, o suporte social é considerado capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, guardando uma estreita relação com bem-estar Rodriguez & Cohen, (1998), por vezes o suporte social necessário, é apenas emocional, pois os idosos encontram-se muitas vezes isolados da sociedade.

De acordo com Uchino citado em Paúl,(2005) “O apoio social refere-se sobretudo a três medidas: a integração social, ou seja a frequência de contactos com os outros; o apoio recebido, correspondente à qualidade de ajuda efetivamente fornecida por elementos da rede e o apoio percebido”, que são medidas de apoio estrutural e dizem respeito à presença e ligação com os laços sociais, são geralmente analisadas por sociólogos, já as medidas de apoio funcional avaliam as funções específicas que essas relações estabelecem, são estudadas pelos psicólogos. As medidas de apoio percebido correspondem ao que os outros podem ajudar, se houver necessidade e são consideradas mais positivas ao nível da saúde e bem-estar dos idosos

3.3 Relação Terapêutica

Freud em 1968, descreveu a relação terapêutica baseado na sua explicação da relação paciente/terapeuta, uma aliança de sucesso que permitiam avançar no insight e para a mudança, Fontaine (2000).

Carl Rogers 1951/1983, verificou que a aliança terapêutica não era suficiente para que se verificasse a mudança e consequentemente a cura. Embora na época esta teoria tenha sido muito contestada foi Rogers e a sua terapia centrada no paciente que se iniciou o estudo acerca dos efeitos da ação do terapeuta na mudança do paciente, Fontaine (2000).

A relação terapêutica faz parte integrante do tratamento, a relação médico doente é muito importante para que o tratamento seja bem-sucedido, a empatia é um dos fatores que fazem parte da relação terapêutica, o saber colocar-se no lugar do outro, sem quebrar a própria identidade, confiança é outro dos fatores que deve existir para que possa produzir um efeito reconfortante e ao mesmo tempo motivador.

Daniel Goleman (2010) citado em Braga, (2013), fala de inteligência emocional como um instrumento que um médico deve possuir para conseguir resultados positivos nos seus tratamentos, esta deve ser utilizada de acordo com as necessidades do doente e que se traduz na “...capacidade de identificar os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerir bem as emoções dentro de nós e nos nossos relacionamentos” (p.146)

Deve existir um auto conhecimento pessoal, experiência em lidar com os sentimentos, adequando-os às necessidades do doente e ao mesmo tempo às necessidades do próprio médico na gestão da relação. Esta relação pode equivaler a qualquer outro tipo de tratamento ainda que não existam medicamentos.

Banaco (1997) diz que a diferença entre a relação terapêutica e as relações do quotidiano são o fato do terapeuta não julgar o comportamento do doente tornando a relação íntima de partilha de sentimentos positivos de amor, proximidade, esperança e alegria. A comunicação existente faz com que dividam experiências, afetos, segredos revelando-se mesmo os medos e inseguranças.

Segundo Brandão (2000) ser psicoterapeuta é um processo diário que cresce e faz crescer em que o terapeuta está envolvido, ajudando o próximo nas suas dificuldades comportamentais, emocionais e cognitivas.

4. Psicogerontologia Comunitária

A Psicogerontologia é um conceito relativamente recente e é devido a esse facto que temos que ir mais longe e começar por compreender os seus conceitos de base.

Assim, é essencial entender que a Psicologia Comunitária é a ciência que tem procurado intervir nos processos sociais, implementando recursos inovadores alterando a distribuição dos recursos na comunidade, prevenindo a desorganização social e promovendo o bem-estar na comunidade (Kelly, 1986) citado em Ornelas (2007).

A Psicogerontologia Comunitária pretende a promoção de iniciativas de mudança social, assenta na promoção do bem-estar individual, sentimento de comunidade, de justiça social, de participação cívica, respeito pela diversidade humana, nos seus vários domínios de intervenção, assim como os princípios contidos na declaração Universal dos Direitos do Humanos, a partir destes, nas últimas décadas em Portugal, têm sido implementadas iniciativas comunitárias (Ornelas, 2007).

Neste caso também é importante constatar que o termo gerontologia surgiu na Rússia em 1929 através do investigador russo N.A.Rybnikov. De acordo com Streib e Orback (1966) citado em Lehr (1988) a gerontologia é um “ (...) ramo de especialização das ciências do comportamento. A finalidade desta ciência é a investigação das causas e condições do envelhecimento (...) ” Vaz (2008, p.31). Também na década de vinte o Japão descobriu a psicologia do envelhecimento e esta foi dada com grande relevância devido às alterações da esfera mental desta etapa da vida (Vaz, et al. 2008).

Desde o início do século XX, que se começou a dar importância ao envelhecimento, assim, hoje em dia o envelhecimento é tema de grande importância devido ao aumento da esperança média de vida em conjunto com uma sociedade bastante envelhecida.

A psicogerontologia surge como um ramo da psicologia clínica e visa compreender o processo de envelhecimento humano na dimensão psicológica, física, familiar,

económica e social para uma possível intervenção psicossocial do envelhecimento, ou seja, junta a psicologia e a gerontologia transformando-se numa só, é de salientar que os profissionais de gerontologia possuem, competências que aliadas à psicologia intervêm eficazmente junto dos idosos

“ competências para trabalhar em contexto institucional específico , como residências de idosos e serviços de apoio domiciliário, assim como em contexto comunitário, junto da família, ou em instituições da administração local (camaras municipais, juntas de freguesia, segurança social) ou ainda em instituições de saúde (hospitais e centros de saúde)”Pereira e Pimentel,(2012, p.34).

As problemáticas ligadas ao envelhecimento são a base da psicogerontologia, a sua intervenção passa por, desenvolver programas de intervenção para os idosos à inserção social na comunidade à reabilitação a idosos. A implementação dos projetos de intervenção não são apenas a nível individual, os grupos sociais e as instituições são muito importantes e devem ser munidos de ferramentas para poderem desenvolver os projetos com eficácia (Menezes, 2010).

Os profissionais de Psicogerontologia Comunitária visam promover e proporcionar qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, na comunidade estejam eles saudáveis, doentes, dependentes ou independentes.

Parte II - Estudo empírico

5. Metodologia

Neste capítulo, será apresentado o objetivo e o tipo de estudo realizado, será feita a caracterização do local e dos participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos e o tratamento dos dados efetuados para esta investigação.

5.1 Objetivo e Tipo de estudo

A presente investigação procura conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde em relação ao suporte social dos idosos em contexto de urgência hospitalar. O objetivo geral deste estudo é conhecer de que forma os profissionais, percebem o suporte social dos idosos no serviço de urgência. O estudo realizado é de carácter exploratório, transversal qualitativo e quantitativo. Selttiz et al, (1967), citado em Ferreira e Carmo (1998, p.47), dizem que um estudo exploratório deve “proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”.

5.2. Caracterização do Local do Estudo

O hospital José Joaquim Fernandes faz parte da Unidade Local de saúde do Baixo Alentejo, localizado em Beja, cidade portuguesa pertencente à região Alentejo e sub-região do Baixo Alentejo sendo sua capital de distrito. É um dos municípios mais extensos de Portugal com cerca de 23 400 habitantes no seu perímetro urbano e 35 854 habitantes no total (2011).

5.3 Participantes

Os participantes desta investigação encontram-se a trabalhar no serviço de urgência, este é um local onde se prestam cuidados de saúde a todo e qualquer cidadão, garantindo o respeito e a dignidade humana. Este estudo contou com a participação de 32 enfermeiros, 17 do sexo feminino e 15 do sexo masculino com idades

compreendidas entre os 26 anos e os 56 anos 5 médicos, 1 enfermeiro e assistente social do serviço de urgência do hospital José Joaquim Fernandes em Beja.

5.4 Instrumentos de Recolha de Dados

Para a recolha de informação, optou-se por utilizar a entrevista e o inquérito. Aplicou-se o inquérito, especificamente criado para o efeito, aos enfermeiros e optou-se pela utilização da entrevista ao enfermeiro chefe do serviço de urgência, a cinco médicos e a uma assistente social.

Para a construção da entrevista foi elaborado um guião de entrevista (apêndice IV) e um guião para o inquérito (apêndice V). As entrevistas permitem obter mais informação do que os inquéritos, no entanto esta técnica é mais demorada.

A utilização da entrevista semidirecta permite uma análise em profundidade das unidades observadas, uma compreensão da problemática estudada e das percepções dos sujeitos (Albarello et al., 1997, p.87). A entrevista permite aos entrevistados responder livremente mas que também permitem a intervenção do entrevistador com questões de validação/clarificação, aprofundamento e/ou exploração (Pereira, 2001). Foram feitas duas entrevistas a dois enfermeiros como pré-teste, o que permitiu reformular as questões quer das entrevistas como dos inquéritos.

O inquérito é composto por perguntas fechadas e de múltipla escolha, Richardson (1989), este método caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas.

5.5 Procedimentos

Os procedimentos para realização deste estudo após uma vasta pesquisa bibliográfica, escolher o tema que se quer estudar; foi necessário pedir autorização à Instituição, hospital José Joaquim Fernandes em Beja, com vista a poder realizar o estudo, o pedido de autorização à Instituição e o consentimento informado são procedimentos essenciais para que a mesma se possa realizar.

Para a elaboração das entrevistas e dos inquéritos foi necessário realizar um guião para a entrevista e um guião para o inquérito com o objetivo de perceber de que forma os profissionais percecionam o suporte social dos idosos que recorrem ao serviço de urgência. A aplicação dos inquéritos aos enfermeiros e das entrevistas aos restantes profissionais foram realizados durante 1 mês devido ao fato destes profissionais trabalharem por turnos o que não permitiu que respondessem todos na mesma altura; ainda assim, não foi possível aplicar à totalidade dos profissionais do serviço de urgência. Após a análise de conteúdo às entrevistas e tratamento dos inquéritos procedeu ao tratamento de dados.

5.6.Tratamento de Dados

Os dados recolhidos foram tratados através de análise de conteúdo (apêndice VIII) no caso das entrevistas e no programa informático denominado SPSS 17 (Statistical Package for the Social Science) os inquéritos, as respostas obtidas foram codificadas, criando assim as variáveis.

6.Apresentação dos Resultados

6.1. Análise do Inquérito

De seguida apresentamos os resultados dos inquéritos considerando a caracterização dos participantes do estudo e a recolha de informação sobre as suas representações sociais relativas ao género e estado civil dos utentes que recorrem mais ao serviço de urgência, das suas patologias e motivos da urgência, apoio social e satisfação com o apoio recebido, relações interpessoais entre os profissionais e por fim as sugestões apresentadas pelos participantes.

Caraterização dos Participantes

Os participantes deste estudo são enfermeiros que trabalham na urgência do hospital José Joaquim Fernandes em Beja, num total de 32 enfermeiros, sendo que 17 enfermeiros são do sexo feminino e 15 do sexo masculino. A média de anos de serviço é de 14,31 anos, em que se pode observar que o enfermeiro mais novo no serviço, tem 1 ano de serviço e o mais velho 33. Os enfermeiros inquiridos sentem-se todos confortáveis a tratar idosos, não existindo nenhum que sinta desconforto ao fazê-lo.

Género, Dependência e Patologias no Serviço de Urgência

Quando inquiridos acerca do género e do estado civil que recorre mais ao serviço de urgência 56,3%, os participantes consideram que são mais frequentes os utentes do sexo masculino e com estado civil viúvos.

Os resultados das representações sociais dos enfermeiros em relação ao grau de dependência dos idosos sugerem que os participantes consideram que 72% dos idosos são dependentes, 25% parcialmente dependentes e 3% diz tratarem-se de idosos independentes, como se pode verificar no gráfico abaixo.

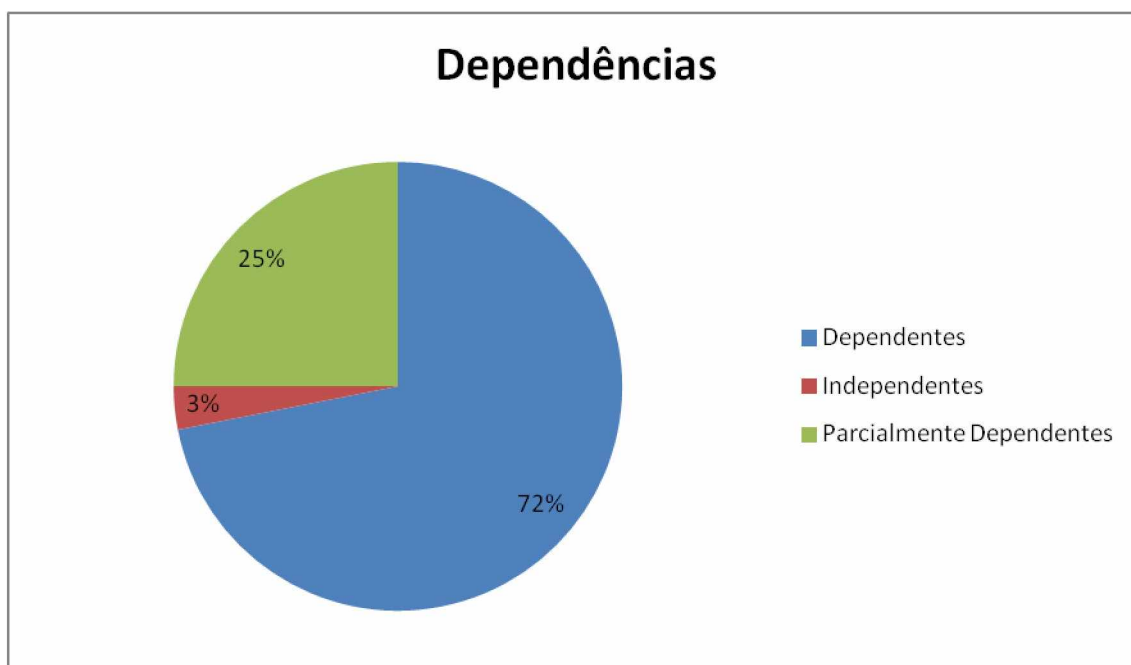


Gráfico 1 Apresentação dos Resultados das Representações Sociais dos Enfermeiros em Relação ao Grau de Dependência dos idosos

O meio de proveniência dos idosos que recorrem ao serviço de urgência é de acordo com as respostas obtidas o meio rural, com 93,8%, apenas duas pessoas responderam que a proveniência é do meio urbano.

Em relação à consciência dos idosos acerca do motivo da sua vinda ao serviço de urgência, 68,8% consideram que não sabem o motivo pelo qual estão no hospital e que “às vezes” vêm porque querem 71,9%, assim como “às vezes” estão contrariados com quem os enviou 56,3%.

As patologias mais frequentes nos idosos que recorrem ao serviço de urgência, são de acordo com as respostas obtidas, as doenças respiratórias 81,30%, no entanto 56,30% dos idosos apresentam quadros de desidratação.

As restantes patologias apresentam 40,60% no caso das demências, 28,10% nas doenças cardíacas e 25% das respostas obtidas para a senilidade e doenças oncológicas, como se pode verificar no gráfico abaixo.

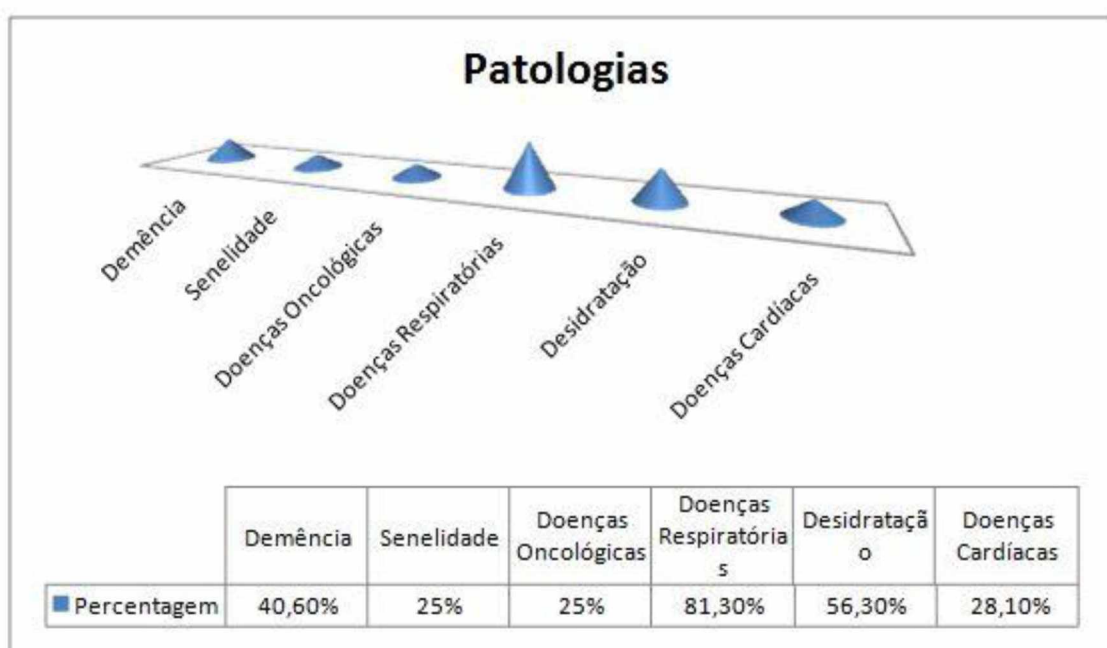


Gráfico 2 Representações Sociais dos Enfermeiros Sobre as Patologias

Motivos da Urgência

Os motivos que levam os idosos ao serviço de urgência, nem sempre são devido a problemas de saúde, quando questionados acerca dos cuidados de saúde primários os profissionais afirmam que a maioria dos idosos que recorrem a este serviço 71,9%, têm médico de família, no entanto, existe uma percentagem de 93,8% de idosos que recorrem ao serviço de urgência hospitalar por motivos de saúde e sociais. Contudo,

estes não são os únicos motivos da vinda à urgência como nos mostram os gráficos, abaixo, pois 65,6 dos idosos recorrem ao serviço por motivos emocionais.

Motivos de Saúde				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	30	93,8	93,8	93,8
Não	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Tabela 1 Representações Sociais dos Enfermeiros
Motivos da Urgência/Saúde**

Motivos Sociais				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	30	93,8	93,8	93,8
Não	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Tabela 2 Representações Sociais dos Enfermeiros
Motivos da Urgência/Sociais**

Motivos Emocionais				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	21	65,6	65,6	65,6
Não	11	34,4	34,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

**Tabela 3 Representações Sociais dos Enfermeiros
Motivos da Urgência/ Emocionais**

Apoio Social

Quando questionados acerca da família dos idosos 87,5 dos enfermeiros, consideram que existe desresponsabilização por parte da família.

No que diz respeito aos serviços de saúde, 84,4% consideram que os idosos dizem ter um tempo de espera elevado e que 59,4% são críticos aos cuidados de saúde primários, 81,3% dizem que são bem atendidos, 81,3% gostam dos profissionais de saúde, 68,8% estão satisfeitos, 90,6% são bem tratados, 68,8% são bem atendidos.

No que diz respeito à saúde dos idosos 59,4% dos enfermeiros não responde, no entanto 15,6% dos enfermeiros diz que os idosos, apresentam ter queixas relacionadas com a sua saúde, 6,3% desvalorizam, 9,3% sentem falta de apoio e 3,1% sentem-se tristes.

O tratamento feito a estes idosos na opinião de 71,9% dos enfermeiros não é compreendido, 78,1% dos enfermeiros diz que estes não estão esclarecidos em relação à sua doença e 78,1% diz que os idosos se sentem doentes.

O que a família a sociedade e os profissionais dizem cerca deles, 59,4% dos inquiridos não responde no entanto 12,5% dizem que estes afirmam não se importarem com eles, 12,5% não dão resposta às suas necessidades e que 12,5% não se manifesta, apenas 3,1% dos enfermeiros diz que estes se sentem tristes.

No que diz respeito ao apoio social 59,4% dos inquiridos dizem que os idosos que recorrem ao serviço de urgência estão institucionalizados e 28,1% diz que estes vivem sozinhos, como se pode verificar na tabela seguinte.

Apoio Social				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumula
Institucionalizados	19	59,4	59,4	59,4
Família	4	12,5	12,5	71,9
Sozinhos	9	28,1	28,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 4 Apoio Social

Nas vindas às urgências 78,1% diz que vêm acompanhados e 46,9% dizem que são os funcionários das instituições onde vivem que os acompanham, 21,9% diz que estes vêm com os familiares e apenas 3,1% vêm com os vizinhos. As respostas sociais que existem para 31,3% dos inquiridos são a legislação existente, o mesmo número responde que as respostas existentes são insuficientes.

O apoio social aos idosos que recorrem ao serviço de urgência, na opinião de 31,3% dos enfermeiros inquiridos é para estes, satisfatório, no entanto 68,8% dos inquiridos diz que os idosos não estão satisfeitos com o seu apoio social, como se pode verificar no gráfico seguinte.

Satisfação com o Apoio Social

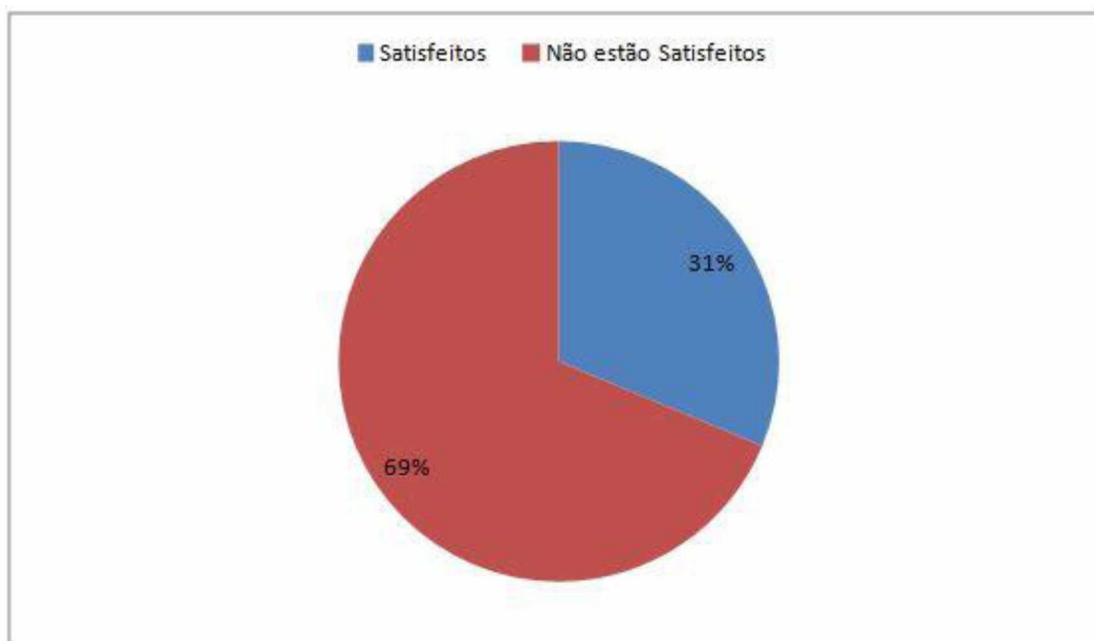


Gráfico 3 Representações Sociais dos Enfermeiros Sobre a Satisfação com o Apoio Social

Motivos da insatisfação/satisfação dos Idosos com o Apoio Social

Quando questionados como poderia o apoio social melhorar, a maioria não responde, 62,5% no entanto 15,6% diz que o apoio não corresponde às suas necessidades, 6,3% diz que as respostas são escassas por parte das instituições, o mesmo número afirma também que as instituições não possuem condições físicas nem profissionais suficientes e que o apoio corresponde às necessidades dos idosos, 3,1% diz que os idosos passam muito tempo sozinhos, como se pode verificar no quadro abaixo.

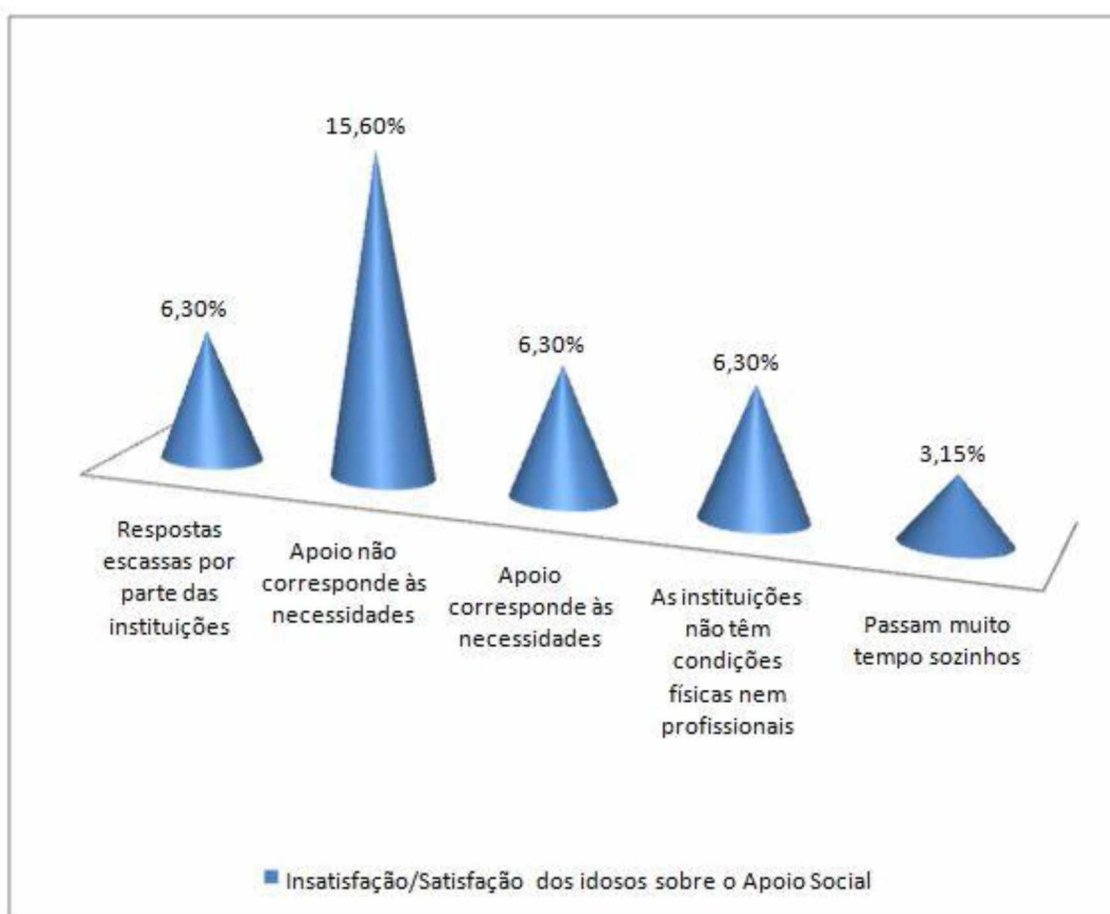


Gráfico 4 Representações Sociais dos Enfermeiros Sobre os Motivos da Insatisfação/Satisfação dos idosos sobre o Apoio Social

Melhorar o Apoio Social

Os enfermeiros, quando questionados acerca de como melhorar o apoio social dos idosos, 53,1% diz haver necessidade de mais apoio social, 6,3% mais envolvimento por parte da família e 3,1% diz que deveria haver mais atividades para que os idosos se sintam úteis, como se pode verificar no gráfico abaixo.

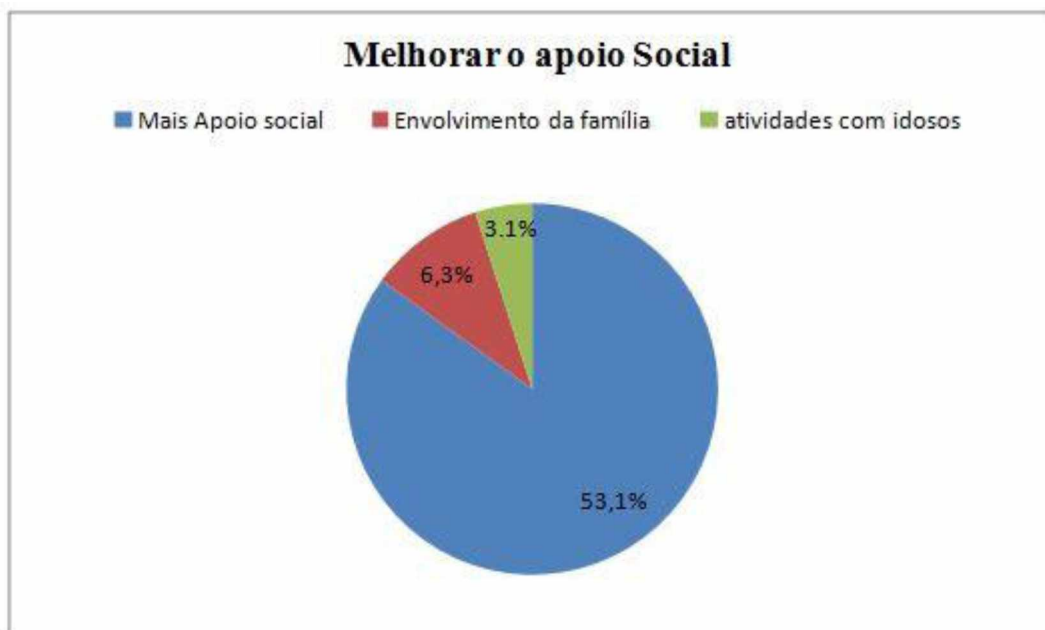


Gráfico 5 Representações Sociais dos Enfermeiros Sobre como Melhorar o Apoio Social

Relações Interpessoais no Serviço de Urgência

No que diz respeito à articulação com as restantes classes profissionais, quando questionados acerca das necessidades dos idosos, 96,9% diz referenciar as situações ao serviço social e 3,1% diz ser através de uma discussão multidisciplinar no serviço.

A relação profissional utente idoso é para 56,3% fácil sendo que 43,8% considera ser complicada.

Relação profissional/Utente Idoso

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Fácil	18	56,3	56,3	56,3
Complicada	14	43,8	43,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 5 Relação Profissional/utente Idoso

No que diz respeito à articulação entre os vários profissionais de saúde e as necessidades dos utentes idosos 62,5% diz haver articulação e 37,5% diz não haver.

Como melhorar as relações interpessoais no serviço de saúde, 93,8% dos inquiridos diz ser através do trabalho em equipa e 6,3% através da comunicação.

Melhoria das Relações Interpessoais no serviço de Saúde				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Trabalho em equipa	30	93,8	93,8	93,8
Comunicação	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 6 Relações Interpessoais

Sugestões Apresentadas pelos Profissionais de Saúde

As sugestões apresentadas por este grupo, apenas se referem a 3 dos participantes, 3,1% que dizem haver necessidade de maior investimento na prevenção, melhoria nas condições de trabalho e diz haver necessidade de sensibilizar a família, 29 dos participantes não responde.

Sugestões				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Não responde	29	90,6	90,6	90,6
Maior investimento na prevenção	1	3,1	3,1	93,8
Melhoria das condições de trabalho	1	3,1	3,1	96,9
Sensibilizar a família	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Tabela 7 Sugestões

6.2 Análise das Entrevistas

As entrevistas efetuadas tiveram como objetivo, conhecer quais as representações sociais dos profissionais de saúde em relação ao suporte social dos idosos que recorrem ao serviço de urgência, no entanto a entrevista iniciou-se com uma breve abordagem sobre os entrevistados com o intuito de caracterizar os participantes.

Caracterização dos entrevistados

As entrevistas foram efetuadas a sete profissionais que trabalham no serviço de urgência, dos quais cinco médicos, dois são especialistas em medicina interna, dois em cirurgia geral, um em psiquiatria, um assistente social e o enfermeiro chefe do serviço de urgência. O quadro abaixo caracteriza estes profissionais quanto ao seu género, idade, número de anos de serviço, função desempenhada e a forma como se sentem no relacionamento com os idosos.

Entrevistados	Profissão	Género	Idade	Anos de serviço	Como se sente a tratar de idosos
E1	Médica	Feminino	51	27	“Sinto-me confortável enquanto clínica”.
E2	Médico/Diretor Serviço de Urgência	Masculino	60	33	“Bem, Calmo, descontraído”
E3	Médico	Feminino	54	30	“Preocupada com o seu grau de dependência, podendo ajudar no controlo da doença aguda, mas falta de apoios de continuidade de cuidados”.
E4	Médico	Feminino	32	7	“Tranquila, impotente na necessidade de cuidados de enfermagem”.
		Feminino	46	21	“Tenho sentimentos contraditórios:

E5	Assistente Social				admiração, fascínio, compaixão, carinho. A maioria tem de ficar camuflada, pois a pressão institucional a que estamos obrigados (alta, alta, alta...) não nos deixa grande margem para ser sinceros e verdadeiros com os nossos sentimentos”.
E6	Enfermeiro Chefe	Masculino	46	23	“Bem, Não me repugna (pessoas dependentes). Não me incomoda”.
E7	Médico	Masculino	59	>25	“Com alguns constrangimentos causados por falta de formação específica para o efeito”.

Quadro 1 Caracterização dos entrevistados

O relacionamento com os idosos é encarado por estes profissionais de diferentes formas, embora se sintam em geral bem com esta realidade (a velhice) os sentimentos vão desde confortáveis, constrangidos para com esta população, impotência a preocupação com a situação dos idosos.

6.3. Representações Sociais dos profissionais de saúde acerca dos idosos que recorrem ao Serviço de Urgência

Após a caracterização dos participantes, procedeu-se à caracterização das representações sociais que os entrevistados têm acerca dos idosos que recorrem ao serviço de urgência, como se pode observar no quadro 2. Os profissionais responderam no que diz respeito à autonomia, que os idosos, são na sua maioria dependentes e do sexo feminino. Dos sete entrevistados apenas dois consideram que os idosos que recorrem ao serviço de urgência são independentes, um diz que são do sexo masculino e outro não sabe. O local de proveniência é quase unanime, todos referiram a

proveniência do meio rural, à exceção de um dos entrevistados que considera que os idosos são provenientes tanto do meio rural como urbano.

Entrevistado	Sexo	Estado Civil	Autonomia	Meio	Consciência da vinda	Vêm Porque querem	Estão contraria dos
E1	F	Casado	Independente	Rural	“A maioria sim”	Não. Porque precisam.	“Normalmente não”.
E2	F	Viúvos	Independentes	Rural	“60 a 70% têm”	“Maioritaria mente”	“Há casos que revelam alguma revolta, mas na grande maioria não”
E3	F	Viúvas	Dependentes	Rural	“Frequentemente não sabem porque”.	Muitas vezes são trazidos	“Se lúcidos em geral ficam contrariados”
E4	F	Viúvas	Dependentes	Rural	“Na maioria dos casos não”.	Não	Sim
E5	F	Casado	Dependentes	Rural	“Maioritaria mente”.	“Sim, sim, sim...”	“A maioria não, sentem-se protegidos”.
E6	M	Casado	Dependentes	Rural	“A maioria não”.	“Não, vêm porque os trazem”.	“Às vezes sim. Porque é que os deixaram aqui”.
E7	N/S	N/S	Dependentes	Misto	“Muitas vezes não”.	“Muitas vezes não”.	“Muitas vezes sim”.

Quadro 2 Representações Sociais dos profissionais de saúde acerca dos idosos

Patologias dos idosos que recorrem ao serviço de urgência

Quando questionados acerca das patologias mais frequentes, as demências são as mais relatadas seguidas das infeções respiratórias e patologia cardíaca, insuficiência renal e doenças oncológicas.

Motivos da vinda ao serviço de urgência

Embora os participantes considerem que na sua maioria os idosos têm médico de família, estes recorrem à urgência na opinião de todos os entrevistados por motivos de saúde e sociais embora os motivos emocionais sejam também um dos motivos referidos. No que diz respeito aos serviços de saúde, na opinião de alguns dos entrevistados são por vezes críticos em relação aos cuidados de saúde primários, afirmando que a urgência é que consegue dar resposta à sua situação, no entanto referem falta de condições de conforto no serviço de urgência ainda que gostem do tratamento dos profissionais.

Saúde e cuidados

Em relação à saúde dos idosos que recorrem ao serviço de urgência as opiniões divergem, vão desde acharem que se preocupam com a saúde, e se sentem doentes, a falta de esclarecimento sobre a sua situação, polimedicados pelas famílias a não se considerarem doentes.

Apoio Social/ Idosos

Os entrevistados referem que os idosos se sentem sozinhos e que os familiares não têm condições ou se desresponsabilizam porque acham que os idosos se queixam muito, deveriam haver mais medidas de apoio social, pois os idosos com as reformas pequenas não conseguem ter acesso a todos os serviços. Embora muitos destes idosos que recorrem ao serviço de urgência estejam institucionalizados ou usufruindo de apoio domiciliário, são os idosos que chegam ao serviço de urgência com acompanhante.

As respostas sociais existentes, são na opinião dos participantes insuficientes em relação às necessidades existentes, e bastante dispendiosas. O apoio deveria ser melhorado a partir dos cuidados de saúde primários, evitando que certas situações cheguem ao serviço de urgência numa situação limite.

As soluções apontadas pelos entrevistados como solução para evitar estas situações, são adotar uma verdadeira política social alterando o sistema de apoio ao idoso para alguns dos entrevistados, outros, consideram que nos tempos atuais não existem alternativas e que a mentalidade dos idosos deveria ir de encontro ao planeamento da velhice.

Os idosos que recorrem ao serviço de urgência com necessidade de apoio social, são referenciados ao serviço social, embora a solução dos problemas existentes dependam de instituições exteriores ao hospital.

A relação dos profissionais de saúde no serviço de urgência em relação aos idosos é razoável e correta embora se tenha tornado mais distante derivado ao fato de se resolver tudo informaticamente refletindo-se na relação com os idosos.

Relações Interpessoais e Estratégias

As relações interpessoais no serviço de urgência poderiam ser melhoradas segundo a opinião dos participantes através da comunicação, respeito. As estratégias dependem muito do bom senso no entanto através de meios financeiros e logísticos e pessoal adequado poderiam melhorar.

Sugestões

Os cuidados primários de saúde, deveriam tratar muitas das situações que recorrem ao serviço de urgência, evitando o excesso de utentes idosos e o arrastar de situações que por vezes quando chegam ao serviço de urgência já não têm solução, uma resposta ao nível da gerontopsiquiatria também é apontada como uma das soluções para alguns dos idosos.

7. Discussão dos resultados

Após a análise dos resultados obtidos através dos inquéritos e das entrevistas podemos então refletir acerca dos mesmos, dando maior ênfase aos resultados mais significativos e confronta-los com a pesquisa teórica.

Acerca dos idosos que recorrem ao serviço de urgência, os profissionais inquiridos responderam no que diz respeito à sua autonomia que estes, são na sua maioria dependentes e do sexo masculino, o local de proveniência apontado é o meio rural. Os participantes deste estudo sente-se confortáveis a tratar os idosos, no entanto existe por parte de alguns nomeadamente dos médicos, constrangimento por não terem formação específica para esta população envelhecida.

O fato dos profissionais de saúde da classe de enfermagem referirem que têm a percepção de serem os homens que mais recorrem ao serviço não está de acordo com a informação do registo da estatística que refere mais mulheres em geral. Tal fato pode encontrar explicação no cuidado que as mulheres têm com a sua saúde recorrendo mais à consulta do que à urgência. E os homens tendem a descuidar a saúde e daí surgem com mais frequência no serviço de urgência com situações mais graves. No que diz respeito aos entrevistados, a sua percepção corresponde à estatística do hospital, que refere serem as mulheres as que recorrem em maior número ao serviço de urgência. Motivo que pode estar relacionado ao fato de existirem mais mulheres que homens.

Não podemos deixar de referir que o estudo foi efetuado na província em que das três cidades existentes no distrito, Beja é a única cidade que tem hospital, local onde foi elaborado o estudo. O motivo da vinda ao serviço de urgência é por parte dos entrevistados maioritariamente desconhecida, por parte dos idosos, apenas vêm porque os trazem, os que têm consciência na sua maioria, vêm contrariados.

As demências são a patologia mais frequente apontada pelos profissionais entrevistados, sendo “a demência, mais do que uma doença é um grupo de doenças caracterizadas pela perda progressiva da memória e das capacidades cognitivas associadas que afetam especialmente as pessoas idosas.” Portal do Envelhecimento, segundo (Goldfarb, 1998). Os motivos da vinda podem também ser desidratação, quedas e doenças do foro respiratório e incumprimento da medicação habitual. No entanto os enfermeiros consideram ser as doenças do foro respiratório as mais frequentes, o que faz com que se

possa afirmar que diferentes classes profissionais têm representações diferentes acerca do mesmo fenómeno.

O motivo da vinda destes idosos ao serviço de urgência, são segundo todos os profissionais inquiridos motivos de saúde e sociais, sendo estes últimos cada vez em maior número, verificando-se uma desresponsabilização cada vez mais por parte da família. “O cuidado às pessoas idosas com alguma incapacidade ou dependência, historicamente atribuído aos familiares descendentes e desenvolvido no espaço privado do domicílio, foi sendo transferido para a responsabilidade das instituições” Figueiredo, (2007).

A permanência no serviço de urgência segundo estes profissionais é caracterizada como satisfatória para os idosos, pois os cuidados prestados são reconhecidos pelos idosos.

A saúde para estes idosos é vista de forma contraditória por estes profissionais, há quem ache que eles se sentem doentes, outros não, não estão esclarecidos sobre a sua doença, têm dificuldades de acesso aos cuidados por analfabetismo e iliteracia, falta de informação e são polimedicados pelas famílias para que estejam sossegados.

Os profissionais dizem também que estes idosos referem que a sociedade a família e os profissionais dizem que eles estão envelhecidos, doentes e que os serviços funcionam mal e lhes são pouco acessíveis, que a família está cansada das suas dependências e queixas, e que a têm a vida deles, e que os idosos se sentem muito sozinhos e com pouco apoio social, as reformas são baixas e os lares muito caros. Kaplan, Cassel & Gore (1977), definiram suporte social como o grau em que as necessidades sociais de uma pessoa são satisfeitas através de sua interação com outros.

Estes idosos vivem na sua maioria sozinhos com a ajuda do apoio domiciliário, alguns têm o apoio dos familiares e em lares que também são em grande número. A subsistência destes idosos é precária, visto que na sua maioria têm reformas muito baixas.

A vinda ao serviço de urgência é na maioria das vezes acompanhada pelos familiares, vizinhos ou funcionários das instituições onde estão inseridos, no entanto os profissionais dizem haver poucas respostas sociais para as necessidades desta população, mais uma vez fazem referência á falta de recursos tanto a nível económico como por vezes geográfico.

A melhoria do apoio social aos idosos passaria na opinião destes profissionais por uma real política social, alterando o sistema de apoio ao idoso ou melhorando o que já existe, apostando na formação dos funcionários apoio médico e efetivo e enfermagem nas áreas de residência.

A articulação entre as várias classes profissionais é feita de forma em que o interesse do idoso esteja em primeiro plano, partilhando informação e planeamento em conjunto com o serviço social, no entanto a resolução dos problemas existentes, dependem de respostas exteriores à instituição. As relações entre os profissionais de saúde e os utentes idosos é no geral positiva, embora dependa da formação pessoal de cada um, no entanto a informática também é um entrave na comunicação entre os profissionais refletindo-se nos utentes. Hobgood et al. (2002), a comunicação e competências interpessoais num serviço de urgência hospitalar, são fatores essenciais. Deve existir escuta ativa, empatia, objetividade, respeito pelas diferenças culturais, capacidade de resolução de conflitos, no fundo ensinar e aprender atitudes para uma comunicação efetiva.

As estratégias no serviço de urgência dependem do bom senso de cada um articulando-se da melhor forma possível para ir de encontro às necessidades dos idosos. A melhoria das estratégias passa por uma melhor recolha de informação circunstancial da vinda dos idosos, mais profissionais, respeito, competência.

Deve melhorar-se os cuidados nos centros de saúde e serviço social, dos cuidados de saúde primária, não aguardar por situações urgentes. Privilegiar-se a comunicação é fundamental para que consigam alcançar resultados positivos.

Na opinião destes profissionais deveria existir uma resposta clínica e social na nossa região ao nível da gerontopsiquiatria, que neste momento após alguns meses da realização destas entrevistas se encontra disponível no departamento de psiquiatria uma consulta de gerontopsiquiatria, algumas das situações poderiam ser resolvidas nos cuidados de saúde primários encerrando mais tarde e tendo meios complementares de diagnóstico e terapêutica suficientes para a resolução de muitas situações, assim é difícil manter a atenção e envolvimentos necessários para a resolução das várias situações.

A garantia de tranquilidade no serviço de urgência seria facilitador de uma observação e acompanhamento adequados aos idosos permitindo uma melhor orientação no tempo e

no espaço, assim como a detecção de situações de violência doméstica, física e psicológica que por vezes passa despercebida.

Acabar com a desresponsabilização por parte da família, que muitas das vezes recusam levar os seus idosos pelas mais variadas situações. Tudo isto seria necessário com uma política social satisfatória para as necessidades dos idosos, aplica-la e disponibilizar os meios que existem.

O quadro abaixo resume de forma sucinta os resultados obtidos após a análise dos resultados obtidos através das entrevistas aplicadas aos médicos, enfermeiro chefe e assistente social e os inquéritos aplicados aos enfermeiros, acerca das representações sociais dos profissionais de saúde sobre o suporte social dos idosos em urgência hospitalar, participantes nesta investigação.

Representações sociais dos participantes sobre o suporte social dos idosos na urgência hospitalar

Dimensão	Médicos	Enfermeiros	Assistente Social
Género	Feminino	Masculino	Feminino
Autonomia	Dependentes	Dependentes	Dependentes
Meio	Rural	Rural	Rural
Patologias	Demências	Doenças Respiratórias	Demências
Motivos da ida à urgência	Saúde e Sociais	Saúde e Sociais	Saúde, Sociais e Emocionais
Família	Desresponsabilização Por parte da família	Desresponsabilização por parte da família	Desresponsabilização Por parte da família
Com quem vivem os idosos	Sozinhos	Institucionalizados	Família
Subsistência	Meios Escassos	-	Reforma
Acompanhamento	Sim /Funcionários do lar	Sim/ Funcionários do lar	Sim/Família/Funcionários do lar
Respostas Sociais	Poucas	Mais Apoio Social	Lar, Centro de dia, Segurança Social
Satisfação com o Apoio Social	Não estão Satisfeitos com o apoio	Não estão satisfeitos com o apoio social	O lar não é acessível
Relações Interpessoais	Melhorar a comunicação	Melhorar a comunicação e trabalho em equipa	“...respeito, humildade reconhecer limitações, trabalho em equipa”
Articulação e Estratégias	Cuidados Primários de saúde	Serviço Social Maior investimento na prevenção	Mais profissionais

Quadro 3 Representações sociais sobre o suporte social dos idosos em urgência hospitalar

Parte III - Proposta Projeto de Intervenção

8.Proposta de Intervenção

É importante estar sensibilizado para envelhecimento da população, na medida em que os idosos vivem cada vez mais sozinhos e os agregados são cada vez menores, fazendo com que estes nesta fase da vida não tenham muitas vezes quem os cuide aumentando o risco do recurso à urgência dos serviços de saúde.

Dado que os profissionais intervenientes nesta investigação, demonstram ter dificuldades em perceber qual a melhor estratégia para lidar com os idosos, considerou-se relevante uma intervenção ao nível deste domínio. Delinear uma formação na área da psicogerontologia seria uma mais-valia para uma melhor prática de saúde com a população idosa, é neste seguimento que surge a proposta do Projeto de Intervenção apresentada neste trabalho. Consideramos um conjunto de ações de formação para os profissionais de saúde sobre o envelhecimento e o atendimento ao idoso em contextos de urgência.

Por outro lado, considerou-se relevante a criação de um serviço de apoio aos idosos que recorrem ao serviço de urgência, acompanhados dos seus familiares ou cuidadores. O serviço em desenvolvimento tem um caráter de extrema importância, visto ser a urgência, o local onde todos os idosos, mais cedo ou mais tarde acabarão por ter que passar, pois, a idade trás doenças que os obriga a recorrer a este serviço, mas se na passagem pela urgência for percecionado um apoio especializado em psicogerontologia que se articule com os serviços, o problema será amortizado.

8.1.Justificação do Projeto de Intervenção

A necessidade de execução deste Projeto de Intervenção deveu-se ao estudo efetuado com os profissionais de saúde do serviço de urgência, onde se concluiu haver necessidade de formação destes profissionais na área do envelhecimento visto estes sentirem que não estão preparados para lidar com este grupo etário. Por conseguinte, pretende-se promover a formação dos profissionais do serviço de urgência para que possam intervir de forma mais assertiva junto dos seus utentes mais velhos.

As dificuldades de execução do estudo prendem-se com o fato de os profissionais terem uma visão profissional ao nível da doença e o estudo estar centrado na saúde e não na parte social ou da psicogerontologia. No entanto, todos os profissionais para além das suas profissões têm o seu dia-a-dia onde se confrontam com situações iguais às apresentadas no serviço de urgência. O que torna importante este projeto, não só a nível profissional, mas também ao nível pessoal de cada um dos profissionais do serviço de urgência, pois todos nós temos na família ou temos alguém próximo idoso que se encontra em situações idênticas às que surgem no serviço de urgência.

8.2. Projeto “Juntos pelo Idoso”

Para que a última etapa da vida humana possa ser bem-sucedida é necessário que os cuidadores formais estejam preparados para interagir com os idosos de forma bem-sucedida. A incapacidade, perda de autonomia e as doenças crónicas fazem com que os idosos recorram aos serviços de saúde, é necessário que os profissionais estejam sensibilizados para esta realidade. Para que se torne possível um bom atendimento no serviço de urgência é necessário que todos os profissionais trabalhem em equipa e que possuam formação para que possam intervir da melhor forma para com a população idosa.

Neste seguimento, consideramos o Projeto “Juntos pelo Idoso” uma iniciativa a levar a cabo para um melhor atendimento junto dos idosos percebendo as características da problemática envelhecimento por parte dos profissionais de saúde do serviço de urgência, para isso pretende-se a realização de uma formação para Profissionais de saúde e a criação de um Gabinete de Atendimento ao Idoso em Urgência (GAIU), onde o idoso e os seus familiares poderão ter o apoio e articulação necessários para um envelhecimento com dignidade.

8.2.1 Objetivo Geral

A formação pretende Capacitar os profissionais do serviço de urgência acerca da problemática do envelhecimento para um melhor atendimento e prestação de cuidados, aos idosos que recorrem ao serviço de urgência.

O Gabinete de Apoio ao Idoso em Urgência (GAIU), tem como objetivo criar um elo de ligação entre os idosos e seus familiares e os serviços existentes quer no hospital José Joaquim Fernandes, como na comunidade.

8.2.2 Objetivos Específicos

A formação pretende desenvolver competências específicas e promover conhecimentos no âmbito do envelhecimento aos profissionais de saúde do serviço de urgência do hospital José Joaquim Fernandes, para melhor atendimento e prestação de cuidados aos idosos que recorrem ao serviço de urgência.

O GAIU tem como objetivo verificar quais os problemas relativos ao idoso e seus familiares e articular, à assistente social da urgência os casos meramente sociais e à consulta de gerontopsiquiatria, as situações que necessitem da intervenção de um psiquiatra especialista em idosos. Deste gabinete podem fazer parte um psicólogo ou um assistente social, ambos com formação na área da psicogerontologia.

8.2.3 Atividades a Desenvolver

Abordar a temática envelhecimento em ações de formação por uma equipa multidisciplinar, onde cada profissional intervém na sua área e competências será a primeira parte do projeto, ações divididas por temáticas de acordo com as necessidades dos profissionais, a formação é composta por seis sessões e decorrem todas as quintas-feiras do mês de Março e Abril. A inscrição é efetuada junto do departamento de formação do hospital José Joaquim Fernandes em Beja.

As atividades serão desenvolvidas de acordo com o cronograma, ponto 8.2.4, e serão as seguintes:

- Processo de Envelhecimento,
- Alterações Psicossociais,
- Estereótipos Associados ao Envelhecimento,
- Institucionalização,
- Envelhecimento ativo,
- Esclarecimentos sobre apoio social.

A segunda parte do projeto consiste na criação de um gabinete de atendimento a idosos em urgência (GAIU) com um profissional ligado à psicogerontologia, da área da psicologia ou de serviço social, fazendo de elo de ligação com os restantes serviços internos e externos ao hospital.

8.2.4 Cronograma das atividades

Atividades	Semanas					
	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão
Processo de Envelhecimento	X					
Alterações Psicossociais		X				
Estereótipos Associados ao Envelhecimento			X			
Institucionalização				X		
Envelhecimento Activo					X	
Esclarecimentos sobre Apoio Social						X

8.3 Avaliação

A avaliação é importante para tentar perceber as necessidades junto dos profissionais, que segundo Serrano, (2008) “a avaliação é um processo de estabelecer um juízo de valor sobre um objectivo, com vista a uma acção em função da obtenção e interpretação sistemática de dados ou provas sobre este objecto” (p. 84), a avaliação é segundo

serrano, dividida em 3 momentos“ Avaliação diagnóstica (antes) Avaliação formativa (durante) Avaliação sumativa (fim) Avaliação do diagnóstico Deve ter-se em conta a avaliação desde o início Garantia do sucesso, depende da eficácia e especificidade com que se analisa a situação problema” (Serrano, 2008,p84). Assim será feita uma avaliação antes, para saber as dificuldades, durante para perceber se está a cumprir o objetivo e após a realização da formação, para poderemos compreender se a mesma foi benéfica para os profissionais, a formação será divulgada através de posters colocados na Instituição.

Conclusão

A investigação teve como base compreender quais as representações sociais dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, no Baixo Alentejo, no que diz respeito ao suporte social dos idosos em contexto hospitalar, assim, pretendeu-se conhecer de que forma estes profissionais vêem os idosos que recorrem ao serviço de urgência em relação ao suporte social.

O estudo efetuado é de carácter exploratório, transversal qualitativo e quantitativo e participaram 39 profissionais de saúde, 33 enfermeiros e 5 médicos e 1 assistente social que exercem funções no serviço de urgência do hospital José Joaquim Fernandes em Beja.

Foi possível através da pesquisa bibliográfica efetuada e com os inquiridos, que de acordo com Richardson (1989), se caracterizam pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, como no tratamento destes através de técnicas estatísticas; e de entrevistas, que permitem aos entrevistados responder livremente, mas que também permitem a intervenção do entrevistador com questões de validação/clarificação, aprofundamento e/ou exploração (Pereira, 2001). Constatar que as representações sociais são de extrema importância para o conhecimento da população. Através das mesmas foi possível perceber o que cada um dos intervenientes possui como sua carga cultural e individual, e perceber que o suporte social, elemento base desta investigação, foi para todos os participantes consensual nas suas representações, considerando haver necessidade de mais apoio social para os idosos e que as respostas sociais existentes são insuficientes ou demasiado dispendiosas para os idosos com baixos rendimentos.

O suporte social no envelhecimento é fundamental, ainda que o idoso consiga ser independente. Foi importante perceber, o que os profissionais que trabalham junto desta população em alturas de crise, percecionam, acerca do suporte social para idosos.

A solidão é um dos aspetos apontados pelos profissionais que interfere com a vida dos idosos, fazendo com que não consigam tomar a medicação indicada e cuidados a ter com a sua saúde, sendo por vezes polimedicados e consumindo tranquilizantes em demasia, conclui-se que os profissionais consideram que não têm condições para estarem sozinhos e que as famílias por vezes estão cansadas.

O apoio social prestado aos idosos que recorrem ao serviço de urgência não corresponde às necessidades, deveria haver uma referenciação dos idosos nas áreas de residência, permitindo desde cedo iniciar um processo com vista a solucionar os problemas não deixando que as situações se agravem.

Os cuidados de saúde primários, segundo os profissionais, são insuficientes a falta de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e o encerramento noturno e ao fim-de-semana, faz com que os idosos tenham de recorrer ao serviço de urgência o que faz com que o envolvimento necessário para atender os idosos por vezes se torne difícil devido ao elevado número de utentes.

O serviço social dos centros de saúde também devia ser melhorado, evitando a ida dos idosos ao serviço de urgência, resolvendo a situação social que por vezes é o motivo da ida.

Segundo Domingues (2012) deu-se um aumento populacional a partir século XX, mais concretamente do número de idosos com mais de 80 anos e mais, no entanto, esta faixa etária acarreta muitas vezes debilidades a nível físico e social. O que uma forte rede de relações poderá ajudar a colmatar estas fragilidades e ajudar a que a pessoa idosa permaneça na sua própria habitação.

Segundo Domingues

“As redes informais, oriundas dos vínculos de parentesco, vizinhança e comunidade, em parceria com a rede formal formada pelo conjunto de instituições públicas, em especial, as da área social e saúde representam o desafio que se tem para trabalhar-se as questões que envolvem o envelhecimento” (Domingues, 2012, p.177).

É necessário criar uma parceria entre os cuidadores informais e as instituições públicas, com vista a encontrar uma estratégia que consiga minimizar os efeitos negativos da problemática envelhecimento, fazendo com que se acabe, ou pelo menos minimize a falta de cuidados e a solidão com que muitos idosos vivem.

Neste caso concreto este conceito poderá ser promovido pelo profissional de Serviço Social com conhecimentos na área da Psicogerontologia, Este profissional poderá fazer um melhor trabalho com as equipas multidisciplinares, e também com os idosos, e a comunidade, visto esta área trabalhar o idoso como um todo, a parte da psicologia e da gerontologia olhando a todos os aspetos inerentes ao ser humano.

O suporte social dos idosos foi o tema base da investigação, tentar compreender quais as representações que estes têm acerca da sua vida fora do serviço de urgência. Os idosos que recorrem a este serviço, para além dos motivos relacionados com a sua saúde são os motivos sociais cada vez mais uma das causas de admissão no serviço de urgência, os profissionais consideram que se devia acabar com a desresponsabilização por parte das famílias para com os idosos, também o debate multidisciplinar e interdisciplinar dos problemas relacionados com os idosos poderia contribuir para a solução dos problemas relacionados com os idosos que recorrem ao serviço de urgência. Verificou-se no decurso da elaboração desta investigação que abriu uma consulta no departamento de psiquiatria do hospital José Joaquim Fernandes de gerontopsiquiatria, esta foi uma das observações feitas por um dos participantes, o que revela uma preocupação com os idosos, neste caso concreto poderia investigar-se “Qual o contributo que um profissional de psicogerontologia poderia dar nesta nova resposta à problemática?”.

Os participantes desta investigação chamaram a atenção para a necessidade de realizar uma alteração consciente das políticas sociais e recursos que envolvem os idosos, com o objetivo de promover uma intervenção multidisciplinar com vista à promoção da qualidade de vida do idoso.

O que se pretende com a execução da proposta do Projeto de Intervenção “Juntos pelo Idoso”, que engloba diferentes classes profissionais que trabalham todos com um fim, o bem-estar dos idosos, fornecer as ferramentas necessárias através da formação adequada aos profissionais sobre esta problemática para a melhoria da comunicação, não só entre profissionais (entre as equipas multidisciplinares), que acabam por resolver os problemas informaticamente, mas também prestar apoio aos cuidadores dos idosos que podem fornecer informações e cuidados importantes para a resolução clínica e social dos idosos, sendo este, outro dos aspetos importante apontado para a resolução dos problemas relacionados com a vinda dos idosos ao serviço de urgência. Este projeto divide-se em 2 partes sendo que a primeira terá uma função formativa e será composta por uma formação com a duração de 6 sessões que abordam o processo de envelhecimento, as alterações psicossociais a que o idoso está sujeito, os estereótipos associados ao idoso, a institucionalização e as formas de como se pode viver o envelhecimento de forma positiva e por fim esclarecimentos sobre o apoio existente para que os profissionais possam conhecer as estratégias que existem e os programas facilitadores para os idosos. A segunda parte do projeto consiste na criação de um

gabinete de atendimento a idosos em urgência (GAIU) com a criação de um profissional ligado à psicogerontologia, da área da psicologia ou de serviço social, com o objetivo de estabelecer um atendimento ao idoso e seus familiares e verificar as suas necessidades, com articulação à assistente social da urgência e à consulta de gerontopsiquiatria que existe no departamento de psiquiatria do hospital José Joaquim Fernandes, local do estudo efetuado, desta forma será mais fácil identificar e solucionar os problemas com os idosos, visto este gabinete fazer a ligação entre os familiares e os serviços necessários para uma melhor qualidade de vida para os idosos.

A limitação que se coloca a este estudo é que apenas diz respeito à realidade do serviço de urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, não podendo ser generalizado. Neste caso poderia sugerir-se novas investigações em hospitais do Alentejo, Algarve, Norte e Centro. Serve assim este estudo para refletirmos sobre as representações que os profissionais de saúde têm sobre o suporte social dos idosos em situação de urgência, perspetivando uma possível intervenção junto dos mesmos, no sentido de fornecer a algumas das categorias profissionais, formação adequada na área do envelhecimento. Em suma, foi possível constatar que diferentes vivências provocam diferentes visões. Nem sempre a representação que os profissionais têm sobre um acontecimento, corresponde à realidade, e que diferentes categorias profissionais têm opiniões diferentes acerca de um fenómeno. Esta constatação pode estar relacionada com o tipo de intervenção e conhecimento que cada profissional tem na sua área.

A elaboração desta investigação permite-nos dizer que existe a necessidade de todos os profissionais de saúde terem, preparação e conhecimentos adequados para tratar desta problemática que cada vez mais se torna atual devido ao elevado número de utentes idosos que recorrem ao serviço de urgência, assim como os idosos e os seus familiares terem o apoio necessário para a resolução dos problemas que a envelhecimento acarreta, assim como a necessidade de alteração das políticas sociais e da criação de recursos para que se possa contribuir para um envelhecer com dignidade.

Referências Bibliográficas

- Abdelmalek, A. & Gerard J. L. (1995). *Ciências Humanas e Cuidados de care providers*. Acedida em 15 de Maio de 2015. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20468/pdf/Bookshelf_NBK20468.pdf;
- ADA American Diabetes Association. (2010). Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes journals, (33). Acedida em 11 de Agosto de 2015. Disponível em http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S11.full.pdf+html;
- Albarello et al,. (1997). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Portugal: Gradiva;
- Braga, G. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica comportamental. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 23 (3), p.307-314. Acedida em 30 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n3/v23n3a10.pdf>;
- Braga, R. (2013). Os indicadores de saúde e a contratualização. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, (29), 278-280. Acedida em 15 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n5/v29n5a01.pdf>;
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40: 161-184. Acedida em 20 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf>;
- Chan, M. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde. (OMS - 2015)*. Acedida em 11 de Maio de 2014. Disponível em <http://www.app.com.pt/relatorio-mundial-de-envelhecimento-e-saude-da-organizacao-mundial-da-saude-oms-2015>;
- Dados Estatísticos da ULSBA Hospital José Joaquim Fernandes- Beja (2015);

- Direcção- Geral da Saúde. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa N° 13/DGCG Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Acedida em 15 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>;
- Domingues, M. (2012). Capítulo 13 – Mapa Mínimo de Relações do Idoso: Uma Ferramenta para Avaliar Rede de Suporte Social. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma;
- Duarte, A. & et al. (2014). Qualidade de Vida e Suporte Social dos Utentes da Rede Cuidados Domiciliários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (3), 623-634. Acedida em 15 de Junho de 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n3/v15n3a06.pdf>;
- Duffy, F., Gordon, G., Whelan, G., Cole – Kelly, k., Frankel, R., and all, Participants in the American Academy on physician and patient's conference on education and evaluation of competence in communication and interpersonal skills (2004) – Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, Vol. 79, nº6, 495-507. Acedida em 30 de Abril de 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15165967>;
- Evanoff, B. & et al. (2002). *Can we talk? Priorities for patient care differed among health care providers*. Acedida em 1 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20468/>;
- Ferreira, M. & Carmo H. (1998). *Metodologia da Investigação – Guião para Auto-Aprendizagem*. Universidade Aberta;
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento - Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora;

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi;
- Fundación Mafre. (s/d). *Guia de prevenção: Riscos Domésticos para Idosos*. Acedida em 11 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.fundacionmapfre.com.br/Portal/Fundacao/Arquivos/Download/Upload/381.pdf>;
- Hobgood, C. & et al. (2002) Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies. *Academic Emergency Medicine*. Vol. 9, (11), 1257-1269. Acedido em 13 de Março de 2015. Disponível em <http://archive.cordem.org/06aaa/handouts/wagner2.pdf>;
- Jacob, L. (2012). Capítulo 9 – Respostas sociais para idosos em Portugal. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma;
- Lima, A., H., Silva & Galhardoni R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface- Comunicação Saúde Educação*. 12 (27), 795-807. Acedida em 15 de Junho de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a10v1227.pdf>;
- Lopes M. & et al. (2010). *Análise do Conceito de Promoção de Saúde*, 19 (3), 461-468. Acedida em 27 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>;
- Marques, R. (2011). Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns factores. *Revista de Enfermagem*. III Série – nº 3: 95 – 104. Acedida em 30 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a10.pdf>;
- Menezes, I. (2010). *Intervenção Comunitária: Uma perspetiva psicológica*. Porto: Livpsi;

- Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, L. (2005). *Métodos de selecção de tratamento: O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora;
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations, in R. M. Farr e S. Moscovici (eds.), *Social Representations*, pp. 3-69, Cambridge, Cambridge University Press;
- Netto, M. (2002). *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu;
- Neves, R. & et al. (2013). Envelhecimento e Doenças Cardiovasculares: Depressão e Qualidade de Vida em Idosos Atendidos em Domicílio. *Psicologia Hospitalar*, 11 (2), 72-98. Acedida em 11 de Maio de 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n2/v11n2a06.pdf>;
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora;
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active aging: a policy framework*. Geneva: OMS;
- Ornelas, J. (2007). Psicologia Comunitária – Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 5-11. Acedida em 5 de Julho 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a02.pdf>;
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. Departamento de ciências do comportamento da universidade do Porto;
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel;
- Pereira, F. (2012). Capítulo 8 – Sistemas de apoio aos idosos em Portugal. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma;

- Pereira, F. (2012). *A ideia de vida ativa*. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia para cuidadores de idosos - O idoso como recurso*. Viseu: PsicoSoma;

- Pereira, F. & Pimentel, H. (2012). Capítulo 2 – Emergência da Gerontologia e do Gerontólogo. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma;

- Pereira, Júlio César Rodrigues. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: EDUSP FAPESP, 2001;

- Pinheiro, M. & Ferreira, J. (2002). O Questionário de Suporte Social: adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333;

- Portal do Avô. (2008). *O idoso e a comunidade – respostas sociais*. Acedida em 30 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.portaldoavo.com.pt/artigosa.php?id=2>;

- Quadrante, A. (2005). *Doenças Crónicas e o envelhecimento. Portal do Envelhecimento sua rede de comunicação e solidariedade*. Acedida em 13 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>;

- Ramos, L. (2003). *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso*, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (3):793-798. Acedida em 15 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.equipesaudepramover.com.br/artigos/fatores-determinantes-do-envelhecimento.pdf>;

- Ricarte, L., (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande – Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. *Universidade do Porto*. Acedida em 30 de Junho de 2015. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>;

- Richardson, Roberto Janny et al. – *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989;

Silva, V. (2011). Serviço Nacional de Saúde. Acedida em 30 de Maio 2015. Disponível em [http://portal.codgdm.minsaude.pt/index.php/Servi%C3%A7o_Nacional_de_Sa%C3%BAde_\(SNS\)](http://portal.codgdm.minsaude.pt/index.php/Servi%C3%A7o_Nacional_de_Sa%C3%BAde_(SNS));

- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar;

- Siqueira M. (2008). Construção e Validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 381-388. Acedida em 30 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a21v13n2.pdf>;

Vaz, E., (2008). *A Velhice na Primeira pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro;

- Wagner W. (2003) – História, Memória e Senso Comum - Representações Sociais e Interdisciplinaridade. In: Jesuíno J.C.; Moreira A. (Organizadores), et al. (2003) – *Representações Sociais, Teoria e prática*. Editora Universitária João Pessoa. 2ª Ed. Paraíba;

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). *Relatório Mundial de Saúde*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Acedida em 11 de Maio de 2014. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf;

- Zimmerman, G. (2005). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Apêndice

I Pedido de Autorização à Instituição

Ex.º(a) Sr. (a) Presidente do Conselho de Administração da U.L.S.B.A

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de entrevistas e questionários.

No âmbito do Mestrado de Psicogerontologia, eu, Maria de Fátima Luzia Martins, aluna do 2º ano do Mestrado, venho por este meio pedir autorização para a realização de entrevistas e inquéritos aos profissionais do Serviço de Urgência, nomeadamente médicos e enfermeiros, com vista à realização da minha tese de mestrado que tem como objetivo, conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde do serviço de urgência em relação ao suporte social dos idosos que permanecem no serviço após alta clínica.

Atenciosamente,

Beja, 20 de Fevereiro de 2015

Maria de Fátima Luzia Martins

II Autorização da Instituição



Exma. Sra. Dra. Fátima Martins

O Conselho de Administração deliberou, em reunião de 16.04.2015, autorizar a realização do estudo, conforme parecer da Ata da Comissão de Ética, ponto 5 de 13.04.2015, uma vez que o pedido está conforme as normas éticas.

Transcreve-se o parecer da CETIC

"A Comissão de Ética deliberou que os inquéritos deverão ser apenas realizados a profissionais, os quais têm o dever de sigilo e de responder caso assim o entendam. Decidiu também autorizar este estudo por estar contemplado o consentimento informado, a confidencialidade dos dados."

Atenciosamente,
Vitória Rodrigues

Vitória Rodrigues

Gabinete de Apoio ao Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

ca@ulsba.min-saude.pt

Telem. 965.398.995/Telef. 284.325.830/Fax.284.322.747

III Consentimento Informado

Representações Sociais dos Profissionais de Saúde do Suporte Social dos Idosos na Urgência Hospitalar

Consentimento Livre e Informado

Maria de Fátima Luzia Martins, aluna do 2º ano do Mestrado de Psicogerontologia Comunitária da Escola Superior de Educação de Beja, está a realizar um trabalho de investigação no âmbito do projeto de Tese, subordinado ao tema “Representações Sociais dos Profissionais de Saúde do Suporte Social dos Idosos na Urgência Hospitalar” no Hospital José Joaquim Fernandes em Beja.

O objetivo desta investigação é perceber as representações sociais dos profissionais de saúde em relação ao suporte social, e o circuito que é percorrido pelo idoso e de que forma os profissionais interagem entre si e como vêm aqueles que por vários motivos permanecem no hospital, sem necessidade de cuidados urgentes de saúde.

A sua participação será um contributo para a investigação na área da Psicogerontologia Comunitária.

Deste modo venho solicitar a vossa colaboração numa entrevista, que será voluntária garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos

Grata pela sua colaboração,

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar na investigação subordinada ao tema “Representações Sociais dos Profissionais de Saúde do Suporte Social dos Idosos na Urgência Hospitalar”, após ter sido esclarecido sobre:

- ☐ Objetivos do estudo
- ☐ Garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos

Beja, ____ de _____ de 2015

IV Guião de Entrevista

Guião de Entrevista - Médicos, Assistente Social

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Dimensão	Questões
Perceber de que forma médicos, assistente social percebem o suporte social do idoso na urgência	Identificar e caracterizar os entrevistados	Caracterização dos entrevistados	Idade; Género; Profissão; Anos de serviço; Como se sente a tratar/atender idosos?
	Caracterizar os idosos que recorrem ao serviço de urgência	Caracterização dos idosos	- Os idosos que recorrem ao serviço de urgência são maioritariamente: - de que sexo? - de que estado civil? - dependentes/independentes? - rurais/urbanos? - Têm consciência do motivo da sua vinda? - Vêm porque querem? - Estão contrariados com quem os enviou?
	Caracterizar os idosos em relação à sua saúde	Caracterizar as patologias dos idosos	- Que doenças são mais frequentes nos idosos que recorrem ao serviço de urgência? - Os idosos que recorrem ao serviço de urgência têm médico de família?
	Caracterizar as representações sociais em saúde	Motivos da urgência	- Quais os motivos que trazem os idosos ao serviço de urgência: - Saúde? - Sociais? - Emocionais? - Outros? - O que costumam dizer dos serviços de saúde? - E dos profissionais de saúde? - O que acham da sua saúde e dos cuidados a ter com

Perceber de que forma médicos, assistente social percebem o suporte social do idoso na urgência			ela? - O que costumam dizer da sua saúde em geral? - O que costumam dizer sobre o que os outros- família, sociedade, profissionais de saúde- dizem?
	Caracterizar o apoio social aos idosos	Apoio social	- Com quem vivem estes idosos? - Estão institucionalizados? - Meios próprios de subsistência? - Vêm acompanhados? - Se sim por quem? - Que respostas sociais existem? - Os idosos estão satisfeitos com o seu apoio social? Porquê? - Como podia no seu entender melhorar?
	Caracterizar as relações interpessoais em saúde	Relações interpessoais no serviço de saúde- urgência <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde – profissionais de saúde • Profissionais de saúde- utentes idosos • Profissionais de saúde- família dos utentes 	- Como articulam com as restantes classes profissionais as necessidades sociais dos idosos? - como define as relações entre os profissionais de saúde e os utentes idosos? - Existe articulação nas estratégias desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde e as necessidades dos utentes? - Como podiam melhorar as relações interpessoais no serviço de saúde?
	Observação/Sugestão/assunto a acrescentar		- Existe mais alguma informação que gostasse de acrescentar ou algo que considere importante e que não tenha sido mencionado anteriormente?

V Guião Inquérito

Guião do Inquérito Enfermagem

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Dimensão	Questões
Perceber de que forma os enfermeiros percecionam o suporte social do idoso na urgência	Identificar e caracterizar os inquiridos	Caracterização dos inquiridos	Idade; Género; Profissão; Anos de serviço; Como se sente a tratar/atender idosos?
	Caracterizar os idosos que recorrem ao serviço de urgência	Caracterização dos idosos	- Os idosos que recorrem ao serviço de urgência são maioritariamente: - de que sexo? - de que estado civil? - dependentes/independentes? - rurais/urbanos? - Têm consciência do motivo da sua vinda? - Vêm porque querem? - Estão contrariados com quem os enviou?
	Caracterizar os idosos em relação à sua saúde	Caracterizar as patologias dos idosos	- Que doenças são mais frequentes nos idosos que recorrem ao serviço de urgência? - Os idosos que recorrem ao serviço de urgência têm médico de família?
	Caracterizar as representações sociais em saúde	Motivos da urgência	- Quais os motivos que trazem os idosos ao serviço de urgência: - Saúde ? - Sociais? - Emocionais? - Outros? -- O que costumam dizer dos serviços de saúde? - E dos profissionais de saúde?

Perceber de que forma os enfermeiros percebem o suporte social do idoso na urgência			<ul style="list-style-type: none"> - O que acham da sua saúde e dos cuidados a ter com ela? - O que costumam dizer da sua saúde em geral? - O que costumam dizer sobre o que os outros- família, sociedade, profissionais de saúde- dizem?
	Caracterizar o apoio social aos idosos	Apoio social	<ul style="list-style-type: none"> - Com quem vivem estes idosos? - Estão institucionalizados? - Meios próprios de subsistência? - Vêm acompanhados? - Se sim por quem? - Que respostas sociais existem? - Os idosos estão satisfeitos com o seu apoio social? Porquê? - Como podia no seu entender melhorar?
	Caracterizar as relações interpessoais em saúde	Relações interpessoais no serviço de saúde- urgência <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde – profissionais de saúde • Profissionais de saúde- utentes idosos • Profissionais de saúde- família dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Como articulam com as restantes classes profissionais as necessidades sociais dos idosos? - Como define as relações entre os profissionais de saúde e os utentes idosos? - Existe articulação nas estratégias desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde e as necessidades dos utentes? - Como podiam melhorar as relações interpessoais no serviço de saúde?
	Observação/Sugestão/assunto a acrescentar		<ul style="list-style-type: none"> - Existe mais alguma informação que gostasse de acrescentar ou algo que considere importante e que não tenha sido mencionado anteriormente?

VI Entrevista

Entrevista – Médicos Assistente Social

Caracterização dos entrevistados

Idade_____.

Gênero_____.

Profissão_____.

Anos de serviço_____.

Como se sente a tratar/atender idosos?

Caracterização dos idosos

Os idosos que recorrem ao serviço de urgência são maioritariamente:

De que sexo?

_____.

De que estado civil?

_____.

Dependentes/independentes?

_____.

Rurais/urbanos?

_____.

Têm consciência do motivo da sua vinda?

_____.

Vêm porque querem?

_____.

Estão contrariados com quem os enviou?

Caracterizar as patologias dos idosos

Que doenças são mais frequentes nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?

Os idosos que recorrem ao serviço de urgência têm médico de família?

Motivos da urgência

Quais os motivos que trazem os idosos ao serviço urgência

Saúde?

Sociais?

Emocionais?

Outros?

O que costumam dizer dos serviços de saúde?

E dos profissionais de saúde?

O que acham da sua saúde e dos cuidados a ter com ela?

O que costumam dizer da sua saúde em geral?

O que costumam dizer sobre o que os outros- família, sociedade, profissionais de saúde- dizem?

Apoio social

Com quem vivem estes idosos?

Estão institucionalizados?

Meios próprios de subsistência?

Vêm acompanhados?

Se sim por quem?

Que respostas sociais existem?

Os idosos estão satisfeitos com o seu apoio social? Porquê?

Como podia no seu entender melhorar?

Relações interpessoais no serviço de saúde- urgência

Como articulam com as restantes classes profissionais as necessidades sociais dos idosos?

Profissionais de saúde – profissionais de saúde

Como define as relações entre os profissionais de saúde e os utentes idosos?

Profissionais de saúde- utentes idosos

Existe articulação nas estratégias desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde e as necessidades dos utentes?

Profissionais de saúde- família dos utentes

Como podiam melhorar as relações interpessoais no serviço de saúde?

Observação/Sugestão/assunto a acrescentar

Existe mais alguma informação que gostasse de acrescentar ou algo que considere importante e que não tenha sido mencionado anteriormente?

VII Inquérito

Inquérito

Caracterização dos entrevistados

Idade _____.

Género _____.

Profissão _____.

Anos de serviço _____.

Risque a opção/s que achar correctas

Como se sente a tratar/atender idosos?

Confortável ☐

Incomodado/a ☐

Indiferente ☐

Caracterização dos idosos

Os idosos que recorrem ao serviço de urgência são maioritariamente:

De que sexo?

Feminino ☐

Masculino ☐

De que estado civil?

Solteiro ☐

Casado ☐

Viúvo ☐

De acordo com o grau de dependência?

Dependentes ☐

Independentes ☐

Parcialmente dependentes ☐

Provenientes de que meio?

Rural ☐

Urbano ☐

Têm consciência do motivo da sua vinda?

Sim ☐

Não ☐

Vêm porque querem?

Sim ☐

Não ☐

Às vezes ☐

Estão contrariados com quem os enviou?

- Sim ☐
Não ☐
Às vezes ☐
Não se manifestam ☐

Caracterizar as patologias dos idosos

- Que doenças são mais frequentes nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?

- Demência ☐
Senilidade ☐
Doenças Oncológicas ☐
Doenças Respiratórias ☐
Desidratação ☐
Doenças Cardíacas ☐

- Os idosos que recorrem ao serviço de urgência têm médico de família?

- Sim ☐
Não ☐

Motivos da urgência

Quais os motivos que trazem os idosos ao serviço urgência:

- Saúde?

- Sim ☐
Não ☐

- Sociais?

- Sim ☐
Não ☐

- Emocionais?

- Sim ☐
Não ☐

- Desresponsabilização por parte da família?

- Sim ☐
Não ☐
Outros?
-

- O que costumam dizer dos serviços de saúde?

Tempo de espera elevado

Sim ☐

Não ☐

- São críticos aos cuidados de saúde primários?

Sim ☐

Não ☐

- São bem atendidos?

Sim ☐

Não ☐

- E dos profissionais de saúde?

Não têm opinião ☐

Gostam ☐

Não Gostam ☐

- Estão satisfeitos?

Sim ☐

Não ☐

- São bem tratados?

Sim ☐

Não ☐

- Açam que são bem atendidos?

Sim ☐

Não ☐

- O que acham da sua saúde/doença e dos cuidados a ter com ela?

- Compreendem o tratamento?

Sim ☐

Não ☐

Estão esclarecidos em relação à sua doença?

Sim ☐

Não ☐

Têm falta de informação ☐

- O que costumam dizer da sua saúde em geral?

Estão bem de saúde ☐
Estão doentes ☐
Não sabem ☐

O que costumam dizer sobre o que os outros- família, sociedade, profissionais de saúde- dizem?

_____.

Apoio social

Com quem vivem estes idosos?

Institucionalizados ☐
Família ☐
Sozinhos ☐

Vêm acompanhados?

Sim ☐
Não ☐

Se sim por quem?

_____.

Que respostas sociais existem?

_____.

Os idosos estão satisfeitos com o seu apoio social?

Sim ☐
Não ☐

Porquê?

_____.

-Como podia no seu entender melhorar?

_____.

Relações interpessoais no serviço de saúde- urgência

Como articulam com as restantes classes profissionais as necessidades sociais dos idosos?

Referenciando os utentes ao serviço social ☐
Outros _____.

Profissionais de saúde – profissionais de saúde

Como define as relações entre os profissionais de saúde e os utentes idosos?

Fácil ☐

Complicada ☐

Profissionais de saúde- utentes idosos

Existe articulação nas estratégias desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde e as necessidades dos utentes?

Sim ☐

Não ☐

Profissionais de saúde- família dos utentes

Como podiam melhorar as relações interpessoais no serviço de saúde?

Trabalho em equipa ☐

Respeito ☐

Comunicação ☐

Observação/Sugestão/assunto a acrescentar

Existe mais alguma informação que gostasse de acrescentar ou algo que considere importante e que não tenha sido mencionado anteriormente?

Obrigada pelo tempo dispensado.

VIII Análise de Conteúdo

	Categorias	Dimensão	
Percepção do suporte social no serviço de urgência hospitalar	Caracterizar os idosos em relação á sua saúde	Frequência das doenças dos idosos que recorrem ao serviço de urgência	<p>E1 “Quadro de demências (no âmbito da minha especialidade).”</p> <p>E2” Quedas, insuficiência vascular periférica”</p> <p>E3 ”Desidratação, demências não controladas, patolog cardíaca e pulmonar, insuficiência renal”</p> <p>E4 “Desidratação, patologia infecciosa respiratória”</p> <p>E5 “Demência, senilidade, doenças oncológicas”</p> <p>E6 “Demência, desorganização espaço temporal, no comportamento”</p> <p>E7 “Desequilíbrios nutricionais, doenças do foro respiratório, desequilíbrios provocados por cumprimento incorreto da medicação habitual</p>

<p>Percepção do suporte social no serviço de urgência hospitalar</p>	<p>Caracterizar os idosos em relação á sua saúde</p>	<p>-Médico de família</p>	<p>E1 “Maioritariamente sim.”</p> <p>E2 “Não questiono essa matéria”</p> <p>E3 “Muitos terão.... Mas nem todos, e quando têm pode haver dificuldade na deslocação ao centro de saúde</p> <p>E4 “Sim”</p> <p>E5 “Sim, embora o acesso não seja fácil”</p> <p>E6 “Alguns”</p> <p>E7 “Na sua maioria sim”</p>
---	--	----------------------------------	---

<p>Percepção do suporte social no serviço de urgência hospitalar</p>	<p>Caracterizar os idosos em relação á sua saúde</p>	<p>-Motivos que trazem os idosos ao serviço urgência Saúde Sociais Emocionais Outros</p>	<p>E1 “Motivos de saúde e por vezes sociais”</p> <p>E2” Habitualmente saúde, geralmente os que existem com problemas sociais, são trazidos por vizinhos e familiares e muitas vezes por isolamento solidão e depressão”</p> <p>E3 “Os problemas de saúde podem desencadear a vinda... mas são os problemas sociais que os mantêm cá... solidão, os que pedem para ser internados... falta de apoio para a sua dependência”</p> <p>E4 “Na maioria saúde, sociais ,casos pontuais emocionais são raros”</p> <p>E5 “Saúde, sociais e também emocionais”</p> <p>E6 “Saúde em grande número, sociais cada vez maior número. A família desresponsabiliza-se dos cuidados ao idoso. Estão desassociadas às alterações comportamentais, labilidade emocional, vêm-se perdidos, não percebem porque estão aqui”</p> <p>E7 “Saúde, sociais e emocionais”</p>
---	---	---	--

<p>Percepção do suporte social no serviço de urgência hospitalar</p>	<p>representa</p>	<p>Profissionais de Saúde</p>	<p>E1 “Não pergunto”</p> <p>E2 “Geralmente afinam mais com os Assistentes operacionais, secretários e segurança”</p> <p>E3 “Quando tratados por médicos ou enfermeiros no domicílio ou hospital dizem-se habitualmente satisfeitos”</p> <p>E4 “Agradecem todos os cuidados”</p> <p>E5 “Em geral são bem tratados”</p> <p>E6 “Normalmente gostam, os profissionais na sua maioria tratam bem os idosos”</p> <p>E7 “Os que podem, mostram o seu reconhecimento”</p>
---	-------------------	--------------------------------------	--

<p>Percepção do suporte social no serviço de urgência hospitalar</p>		<p>Saúde e Cuidados</p>	<p>E1 ” Não sei”</p> <p>E2 “Preocupam-se com a saúde com o avançar da idade”</p> <p>E3 “Sentem-se doente e há dificuldade nos cuidados pela importante iliteracia e analfabetismo”</p> <p>E4 “Na maioria consideram situações de extremo ou não têm nada ou estão no fim da vida”</p> <p>E5 “Nem sempre estão esclarecidos dos problemas de saúde e conseqüentemente dos cuidados a ter com a mesma. Falta de informação, da visão dos cuidados de saúde primários”</p> <p>E6 “Na maioria são polimedicados, tranquilizantes em demasia, Porque as famílias acham que eles devem estar sossegados”</p> <p>E7 “Muitas vezes não se acham doente</p>
---	--	--------------------------------	---

	<p>Caracterizar as Representações Sociais em Saúde</p>	<p>Saúde em Geral</p>	<p>E1 ”Que está mal”</p> <p>E2 ” Que funcionam mal os serviços”</p> <p>E3 “Sentem-se envelhecidos”</p> <p>E4 “Que é tudo relacionado com a idade”</p> <p>E5 “Pouco acessível aos idosos e a pessoas idosos com poucos recursos”</p> <p>E6 “Acham que são doentes”</p> <p>E7 “Que não estão doentes, numa percentagem muito significativa”</p>
--	---	------------------------------	--

	<p>Caracterizar as Representações Sociais em Saúde</p>	<p>- Família, Sociedade, Profissionais de Saúde</p>	<p>E1 ”É muito variável”</p> <p>E2 “Família, que são idosos e precisam de mais acompanhamento, geralmente são desculpados. Sociedade, que maltrata os idosos. Deviam haver mais profissionais de saúde. No que refere ao apoio social acham que têm pouco apoio, com reformas muito pequenas e lares extremamente caros”</p> <p>E3 “...os familiares têm a vida deles e por isso se sentem sozinhos, embora entendam”</p> <p>E4 “Que não lhes prestam atenção”</p> <p>E5 ““ É velho deixa andar” é o que acham da sua saúde visto pelos outros”</p> <p>E6 “A família acha que se queixam muito, a família está saturada das dependências e queixas”</p> <p>E7 “Grande parte deles dizem que eles estão a mentir”</p>
--	---	--	---

	Caracterizar o Apoio Social dos Idosos	- Frequência de com quem vivem os Idosos	<p>E1 “Maioritariamente com o cônjuge”</p> <p>E2 ” Sós ou em lares”</p> <p>E3 “Sozinhos ou alternando a casa dos filhos”</p> <p>E4 “Sozinhos”</p> <p>E5 “Família”</p> <p>E6 “Algumas sozinhas, apoio domiciliário e família”</p> <p>E7 “Em número muito significativo e inaceitável, sozinhos”</p>
--	---	---	---

	<p>Caracterizar o Apoio Social dos Idosos</p>	<p>Institucionaliza dos</p>	<p>E1 “Alguns”</p> <p>E2 “Grande maioria”</p> <p>E3 “Muitos estão institucionalizados (lares e unidades de cuidados continuados)”</p> <p>E4 “Alguns estão institucionalizados”</p> <p>E5 “lar, centro de dia, apoio domiciliário”</p> <p>E6 “Algumas estão institucionalizadas”</p> <p>E7 “Sim, também em número menor do que o necessário”</p>
--	--	------------------------------------	--

	<p>Caracterizar o apoio social dos idosos</p>	<p>Subsistência</p>	<p>E1 “Precários”</p> <p>E2 “Desconfiança, falam sempre em reformas insuficientes”</p> <p>E3 “Escassos e por vezes ainda canalizados para a descendência”</p> <p>E4 “Não têm meios próprios”</p> <p>E5 “Reforma”</p> <p>E6 “Pequeno número”</p> <p>E7 “Não sei”</p>
--	--	----------------------------	--

	Caracterizar o apoio social dos idosos	-Frequência do acompanhamento	<p>E1 “Sim”</p> <p>E2 “Sim”</p> <p>E3 ” Nem sempre”</p> <p>E4 “Raramente”</p> <p>E5 “Sim”</p> <p>E6 “Na maioria trazem um acompanhante”</p> <p>E7 “Um número significativo deles vem”</p>
--	--	-------------------------------	--

	<p>Caracterizar o apoio social dos idosos</p>	<p>Acompanhamento</p>	<p>E1 “Família ou pessoa da instituição”</p> <p>E2 “Família, vizinhos, amigos ou profissionais de lares”</p> <p>E3 “...auxiliar do lar, familiar se vive próximo ou vizinho”</p> <p>E4 “Funcionários do lar”</p> <p>E5 “Família, funcionários do lar”</p> <p>E6 “Funcionários do lar, cônjuge ou filhos”</p> <p>E7 “familiares ou por vizinhos ou funcionários do “lar” onde residem”</p>
--	--	------------------------------	--

		Respostas Sociais	<p>E1 ” Poucas”</p> <p>E2 “Geralmente são poucas, mas são resolvidos... “</p> <p>E3 “...estruturas na instituição e nos locais”</p> <p>E4 “Nenhumas”</p> <p>E5 “Lar, apoio domiciliário, centro de dia, segurança social”</p> <p>E6 “Poucas em relação às necessidades”</p> <p>E7 “Muito insuficientes”</p>
--	--	--------------------------	--

	Caracterizar o Apoio Social dos Idosos	-Satisfação com o apoio social	<p>E1 “Não, sentem-no como precário”</p> <p>E2 “Não. Referem que o apoio social devia estar institucionalizado sem encargos”</p> <p>E3 “Se apoio domiciliário até gostam, mas há áreas com pouco apoio”</p> <p>E4 “Não. Referem não ter qualquer tipo de apoio”</p> <p>E5 “O lar não lhes é acessível pela questão económica”</p> <p>E6 “Normalmente sim. A comida é que não, se puderem evitar que vão a casa poupam; porque têm pouco dinheiro”</p> <p>E7 “Creio que não, por ser insuficiente”</p> <p>E1 “Com uma real política social”</p>
--	---	---------------------------------------	--

	Caracterizar o apoio social dos idosos	- Soluções	<p>E2 “Nos tempos atuais não vejo grandes alternativas para melhoria”</p> <p>E3 “Após sinalização, tentativa de resolução antes de chegar ao hospital, frequentemente já se sabia que seria um problema”</p> <p>E4 “Melhorar o apoio nas áreas de residência”</p> <p>E5 “A mentalidade dos idosos, planearem a sua velhice. Mais recursos institucionais, mais acessíveis e políticas específicas de apoio à família e aos cuidadores”</p> <p>E6 “Alterando completamente o sistema de apoio ao idoso”</p> <p>E7 “Melhorando o que já existe em termos logísticos, na formação dos funcionários, no apoio médico e efetivo e também de enfermagem”</p>
--	---	-------------------	--

	Caracterizar as relações interpessoais em saúde	Articulação das classes profissionais às necessidades sociais dos idosos	<p>E1 “Referenciando sempre que possível”</p> <p>E2 ”Sem prejuízo para os idosos”</p> <p>E3 “Os médicos e enfermeiros encaminham para o serviço social e delegam uma preocupação”</p> <p>E4 “Má, Aguardam alguém que se responsabilize</p> <p>E5 “Trabalho em equipa, cada um identifica a situação, partilha de informação e planeamento conjunto da continuidade de cuidados”</p> <p>E6 “Detetado pelo médico sem se aperceber o que se passa com o doente. O enfermeiro tem uma visão global e tenta verificar o problema (alimentação, Família). Fundamenta a necessidade de intervenção. Não há uma visão muito precisa das necessidades”</p> <p>E7 “Bem, mas sem grande eficácia visto que a resolução dos problemas existentes ou que surgem dependem de atitudes exteriores à instituição na maioria das situações”</p>
--	--	---	--

	Caracterizar as relações interpessoais em saúde	Relações entre profissionais de Saúde e os Utentes Idosos	<p>E1 “Muito variável mas tendencialmente correta”</p> <p>E2 ” Sem atritos, globalmente positiva”</p> <p>E3 “Se há relação e comunicação, penso que cuidam e são afetivos. Se não há relação serão mais esquecidos”</p> <p>E4 “Tardias e fugazes”</p> <p>E5 “Razoável, depende essencialmente da formação pessoal de cada um”</p> <p>E6 “As relações entre os profissionais degradaram-se falam através da informática. Os entraves são maiores, reflete-se nos idosos e na resolução dos problemas”</p> <p>E7 “Razoavelmente ajustados”</p>
--	--	--	---

	<p>Caracterizar as relações interpessoais em saúde</p>	<p>Articulação e Estratégias</p>	<p>E1 “Não tanto como gostaria”</p> <p>E2 “Pessoalmente tenho boa articulação com os diversos profissionais de saúde”</p> <p>E3 “As estratégias podem ser até pensadas...mas ...as respostas não dependem dos profissionais na instituição que com eles lidam, são muito mais exteriores”</p> <p>E4 “Não conheço nenhuma estratégia”</p> <p>E5 “O funcionamento dos profissionais de saúde, tem como objetivo corresponder às necessidades dos doentes, irem de encontro às necessidades”</p> <p>E6 “Na maioria os profissionais de saúde articulam-se. O enfermeiro residente é que estabelece a estratégia com o serviço social”</p> <p>E7 “Não há estratégias definidas. Impera apenas o bom senso”</p>
--	---	---	---

	<p>Caracterizar as relações interpessoais em saúde</p>	<p>- Melhoria nas relações interpessoais no serviço de saúde</p>	<p>E1 “Com alternativas de resposta mais eficazes”</p> <p>E2 “Melhorando a comunicação que contribuisse para a informação da situação clínica do doente”</p> <p>E3 “É importante que se recolha informação circunstancial da sua vida e que também se explique à família as perspetivas”</p> <p>E4 “Melhorando os cuidados no centro de saúde e serviço social do centro de saúde, não aguardar por situações urgentes”</p> <p>E5 “Mais profissionais, respeito, competência, humildade, reconhecer limitações. Trabalho em equipa”</p> <p>E6 “Privilegiar-se a comunicação/ debate multidisciplinar e interdisciplinar dos problemas relacionados com os utentes”</p> <p>E7 “Existindo estratégias definidas, orientações precisas e meios financeiros, logísticos e pessoal adequado e suficiente”</p>
--	---	---	--

	Caracterizar as relações interpessoais em saúde	Observações	<p>E1 “Julgo muito importante que tão brevemente quanto possível, exista uma resposta clínica/social ao nível da gerontopsiquiatriano Baixo- Alentejo”</p> <p>E2 “Geralmente o sistema falha, no circuito utente acompanhante. Receção entrada tempo de espera, observação médica, tratamento exemplo: complemento com diagnósticos. por excesso de doentes que recorrem aos serviços diferenciados que podiam ser tratados no S. A. P que se tornam insuficientes por falta de M. C. D. T. encerramento noturno e fim -de - semana. Devia haver reforço para os serviços que funcionam 24 horas”</p> <p>E3 “Quando terminaram os cuidados de proximidade e todos vêm encaminhados para o serviço de urgência, é difícil manter a atenção e envolvimento necessários. Há também idosos em situação de cuidados paliativos (oncológicos ou não) que não encontram no serviço de urgência nem no hospital esses cuidados e fora... Chegam por vezes tarde”</p>
--	--	--------------------	---

	Caracterizar as relações interpessoais em saúde	Observações	<p>E4 “Garantir ambiente tranquilo e correto no serviço de urgência, permitindo uma observação adequada dos doentes e permitindo a sua orientação no tempo e no espaço. Facilitar apoio nas áreas de residências e não aguardar por situações urgentes. Referenciando essas problemáticas de início”</p> <p>E5 Não Responde</p> <p>E6 “Grande número de idosos vítima de violência doméstica, física e psicológica que passa despercebida. Fazer com que se acabe com as recusas de levar os doentes e a desresponsabilização”</p> <p>E7 “Ouvimos todos os dias que o governo tem dotado de meios para abordagem satisfatória das necessidades sociais dos idosos, mas, na prática isto funciona como se nada existisse.... Urgente saber para onde vão esses meios então disponibilizados”</p>
--	--	--------------------	--

